

**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 – GHSCT**

SOCIEDADE DE HISTÓRIA INTERDISCIPLINAR DA SAÚDE – SHIS

2016

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 12

NOTA:

Os textos publicados nesta obra colectiva são da responsabilidade dos autores

FICHA TÉCNICA

Título: VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental

Coordenadores: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

Edição: Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia-CEIS20 e Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde

Ano de edição: 2016

Impressão: Pantone 4

ISBN: 978-972-8627-64-5

Depósito Legal: 320445/10



Financiado pela FCT por fundos nacionais do MEC — UID/HIS/00460/2013

SHIS

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

ÍNDICE

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita
Introdução
5-6

Ana Catarina Necho
O contributo da psiquiatria forense para o entendimento/jurisdição
dos alienados em Portugal
07-12

Carolina Gregório Mendes Álvaro
Hospital Sobral Cid: a génese de uma obra de assistência psiquiátrica
13-20

Carina Bragança Rodrigues; Mariana Noronha de Andrade; Virgílio Palma
Do dispensário de higiene mental à uls do nordeste
21-28

Nuno Borja Santos; Marta Lages; Sara Castro;
Miguel Palma; Márcia Sequeira; Amélia Lérias
Os irmãos d' Abranches Bizarro:
pioneiros da estatística psiquiátrica e médica em Portugal
29-37

Celia García Díaz
De la mujer ideal a la loca: psiquiatría, locura y género
en las primeras décadas del siglo xx en España
39-47

Manuel Correia
Alteração de sintomas na psicocirurgia. O papel da persuasão
49-52

Karine Le Jeune
Une histoire de l'épilepsie aux XIX^e et XX^e siècles:
définition et développement d'une pathologie entre neurologie et psychiatrie
53-58

Porfírio Pereira da Silva
Camilo Castelo Branco (1825-1890).
Entre o génio-nevropata e a loucura de seu filho Jorge
59-65

Adrián Gramary
Stefan Zweig e Joseph Roth:
uma análise psiquiátrica da reação dos intelectuais judeus ao *finis austriae*
67-73

Pedro Macedo; Filipa Veríssimo
Pintura e esquizofrenia: reflexões a partir da obra de Hans Prinzhorn
75-81

M.A. Miguelez Silva; Maria Piñeiro Fraga; M^a José Louzao Martinez; T. Angosto Saura
La participación de los psiquiatras portugueses en el i congreso mundial de psiquiatria
(1950) en Paris
83-96

Dolores Ruiz-Berdun; Ibone Olza Fernández
The past and the present of obstetric violence in Spain
97-104

El dr. Joseph Durand de Gros y el caso del hombre lobo blanco romasanta (1853).
¿un “braidista” en la corte de Isabel II?
David Simón Lorda; Xaqueline Estévez Gil;
María Victoria Rodríguez Noguera; Mónica Minoshka Moreira Martínez
105-115

Programa das VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental
117-120

INTRODUÇÃO

Nos dias 11 e 12 de Maio de 2015 decorreram no auditório da Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Farmacêuticos as *VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental / VI International Meeting of History of Psychiatry and Mental Health*. Esta reunião científica realizou-se pela sexta vez, numa periodicidade anual, dando continuidade ao seu perfil internacional pois contou com investigadores de Portugal, de Espanha, de França e do Brasil.

A importância da regularidade anual das *Jornadas* pode ser compreendida de diferentes modos sendo que ela contribui para substancializar uma área de pesquisa 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 institucionalização do CEIS20 em 1998, esta área tem mantido uma forte actividade traduzida em projectos de pesquisa, teses de doutoramento, organização de reuniões científicas nacionais e internacionais, organização de sessões de divulgação e publicação de estudos sob a forma de livros, capítulos de livros, artigos científicos de âmbito nacional e internacional e artigos divulgativos.

Depois, a regularidade anual das *Jornadas* mostra que investigadores nacionais e estrangeiros interessados nestas temáticas científicas contam com as *Jornadas* em Coimbra, no mês de Maio, como um ponto de encontro regular que serve como plataforma de intercâmbio de progressos científicos e de inovações historiográficas no campo da história da loucura, da psiquiatria e da saúde mental.

Nas *VI Jornadas* realizou-se o lançamento do livro *V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental* e, ainda, teve lugar a apresentação da obra de Adrian Gramary, *Palco da Loucura*. Constou também do programa uma visita ao Centro de Documentação Farmacêutica da Ordem dos Farmacêuticos, um local relevante para a investigação histórico-farmacêutica, parte dela com importância significativa para o campo de pesquisas da história da psiquiatria e da saúde mental.

As *VI 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. Por isso, as *Jornadas* traduzem, também, a vitalidade daquela sociedade científica. Trata-se de uma instituição fundada em 2011, devotada, entre outros pontos, à investigação e divulgação de temáticas de âmbito histórico-médico e histórico-farmacêutico.

Na sequência das *V Jornadas* realizadas em 2014, a sexta edição desta reunião científica internacional teve por objectivo dar continuidade às temáticas então apresentadas e introduzir novos temas, o que foi cumprido.

Em 2015 as *V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental* centraram-se nos seguintes tópicos:

- 1.História dos sintomas desde a Antiguidade clássica até à actualidade
- 2.História comparada de tratados de psiquiatria e de psicopatologia
- 3.Filosofia, psicologia e psiquiatria nos séculos XIX-XX
- 4.Psiquiatria e neurologia nos séculos XIX-XX
- 5.Psiquiatria forense e medicina legal nos séculos XIX-XX
- 6.Psiquiatria e Saúde mental no Serviço Nacional de Saúde português

A presente obra congrega textos que serviram de base a apresentações feitas nas *VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Resta-nos agradecer 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 DA PSIQUIATRIA FORENSE PARA O ENTENDIMENTO/JURISDIÇÃO DOS ALIENADOS EM PORTUGAL

Ana Catarina Necho

Investigadora CH-FLUL/CEHR-UCP

Doutoranda em História

Email: catarinanecho@hotmail.com

Resumo

No século XIX, a consolidação da Psiquiatria enquanto ciência permitiu o reconhecimento do alienado como «doente».

Nesta perspectiva, pela Europa foram sendo criadas instituições de acolhimento em vários países como Portugal, para acolher e tratar os enfermos em consonância com as novas metodologias médico-científicas e práticas terapêuticas.

Esta nova concepção sobre a incapacidade/inimputabilidade do louco pela sua anomalia psíquica, ou seja, pela sua perda de consciência, que poderia levar ao acto de um crime teve modificações na estrutura social, económica, política e judicial.

Não obstante, com a coadjuvação da Psiquiatria Forense e a jurisdição do Código Penal o intuito incidia em isolar a presença do alienado perante a sociedade portuguesa, como medida de protecção social e como possível forma de restabelecimento.

O internamento passou a ser uma forma de reclusão para o indivíduo dependendo da decisão jurídica e observação médica, mesmo que este não apresenta-se «indícios» de alienação mental.

Palavras-chave: Psiquiatria Forense; Código Penal; Alienação Mental; Poder Judicial; Internamento

Introdução

A nova concepção do alienado enquanto enfermo a que se assistiu entre os finais dos séc. XVIII e inícios do séc. XIX possibilitou não só uma nova compreensão do indivíduo na ausência das suas faculdades mentais, bem como ao reconhecimento de que determinadas atitudes, que poderia ter não deveriam ser julgadas sob a mesma perspectiva, que um indivíduo que tivesse cometido um crime de forma consciente.

Por conseguinte, o entendimento Psiquiátrico em larga medida vai estreitar um entendimento com o Direito Penal. No caso português, a colaboração de peritos psiquiatras com elementos dos processos judiciais possibilitou uma nova orientação na definição do alienado imputável/inimputável, bem como a criação do primeiro Código Penal português, cujo seu intuito visava uma nova interpretação dos crimes à luz da condição humana.

Desenvolvimento do Tema

O presente artigo foi resultado da comunicação apresentada nas VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental realizadas em Maio de 2015 e que se intitula: “O Contributo da Psiquiatria Forense para o entendimento/jurisdição dos alienados em Portugal no séc. XIX”.

Em vários países europeus, no século XIX assistimos à consolidação da Psiquiatria enquanto Ciência. Reconhecida pela sociedade oitocentista, este novo domínio veio permitir a criação de novos dispositivos para acolher e tratar os alienados, como a edificação de espaços asilares.

Note-se que, *à priori*, o *louco* era visto como um ser possuído pelo «demónio», e que por conseguinte devia ser excluído e julgado pela sociedade. Em consequência do incumprimento da normatividade, em que estava inserido. Deste modo, assiste-se nos finais do século XVIII a um novo entendimento, ou seja, novas concepções que desmistificaram a figura do *louco*, um momento que possibilitou o início da sua «observação», no sentido de analisar o alienado como um «enfermo».

É, nesta nova perspectiva, muito em resultado de estudos e reflexões de Alienistas e Psiquiatras que se compreende a necessidade de estabelecer um auxílio àqueles que viam as suas faculdades mentais comprometidas. Perante neste novo olhar de consideração científica e de cariz filantrópico, que *à posteriori* surgem os primeiros mecanismos assistenciais cujo intuito visava o restabelecimento ou cura dos que padeciam de alienação mental.

Concomitantemente, em Portugal, e apesar de as ciências médicas, nomeadamente a Psiquiatria, revelarem algum distanciamento face às inovações que estavam a ocorrer noutros países congéneres, como na Alemanha, Espanha, França ou Inglaterra. É de realçar, os notórios os progressos que se verificaram na emergência e consolidação da Psiquiatria Portuguesa.

Como diz o autor Nuno Nabais: “A Psiquiatria em Portugal, respondeu genericamente a um princípio de actualização de conhecimentos e de eficácia terapêutica, colocando algumas vezes os nossos investigadores na condição de pioneiros”¹. Neste âmbito destacaram-se nomes como Miguel Bombarda, Júlio de Matos, Sobral Cid, Barahona Fernandes, Magalhães Lemos e Egas Moniz.

Perante este contexto, em que começou a emergir uma justificação da ética do Direito, no significado do delito, impõem-se a necessidade de clarificar a noção do mesmo, ou seja, conhecer de forma rigorosa os motivos do crime e a responsabilidade do seu autor, no acto que cometeu. É desta forma, que o indivíduo se torna o «centro do Direito Penal».

Michel Foucault salienta essa dicotomia na jurisprudência: “la manière dont on administrait la preuve de la vérité, dans la pratique pénale, suscitait à la fois ironie et critique. [...] Dans le droit penal du XVIII^e siècle, la preuve légale, où on distinguait toute une hiérarchie de preuves qui étaient quantitativement et qualitativement pondérées”².

Desta forma observou-se um contexto paradoxal, porque se por um lado se constatou um progresso científico no reconhecimento e entendimento do alienado, ao invés verificou-se a dificuldade de comunicação entre a Psiquiatria e o Direito, pela ausência de diálogo e de convergência na compreensão dos alienados, que cometeram crimes.

No decorrer do séc. XVIII surgiu uma regulamentação cujo seu intuito vislumbra a preocupação dos legisladores, e que residia na tentativa de impossibilitar o

¹ Vide NABAIS, Nuno — *CONCEITO – Revista de Filosofia e Ciências do Homem: Loucura e Desrazão*. Dir. José Luís Câmara e Nuno Nabais. Lisboa: Centro de Filosofia das Ciências da Universidade de Lisboa, 2005, p. 12.

² Vide FOUCAULT, Michel — *Les Anormaux*. Paris: Gallimard, 1999, p. 7.

internamento, de forma arbitrária aos alienados. Esta situação ocorreu em países europeus, como em França, em que a grande preocupação dos legisladores consistia em evitar que se aplicassem internamentos abusivos, pelas variadas situações criadas por alienados ou famílias, por exemplo no intuito da apropriação de bens¹.

Em Portugal, o Primeiro *Código Penal* datou de 1852, época em que vigorava o regime ditatorial de Saldanha². Este tinha como principal suporte o paradigma da criminalidade. Assim, perante esta conjuntura era notório o afastamento, tal como uma impossibilidade de estabelecer uma compreensão através da igualdade e da objectividade jurídicas, visto que “não permitia considerar nem a vítima, nem o criminoso; tal como o sistema político assentava na ideia de um indivíduo abstracto, o ordenamento penal clássico assentava no criminoso abstracto”³.

Contudo, foi em 1886 que o Código adquiriu um padrão mais humano e brando, mas ainda deixou prevalecer a doutrina clássica da «delinquência», pelo que se considerava somente os criminosos - os indivíduos livres e que tivessem na plena posse das suas faculdades psíquicas⁴. Deste modo, compreende-se que não se reconheciam os direitos daqueles que já eram considerados indivíduos com perturbações na sua *Psiché*.

Em concomitância, a nova legislação de Saúde Mental, ou seja, as medidas tomadas tinham por objecto a preocupação com as metodologias, que se podiam adoptar para apenas prevenir crimes, de forma que estes fossem substituídos pela promulgação de medidas com o intuito de protecção social, para evitarem a perigosidade, quando a defesa não fosse possível.

Não obstante, para que existisse a operacionalidade das medidas de protecção da sociedade perante as acções do criminoso era necessário o auxílio e a colaboração da justiça. Se até então, as medidas da sociedade apenas vislumbravam um carácter de protecção numa sociedade em que a produtividade imperava como via de enriquecimento, o facto é que para dar continuidade à estabilidade desta, impunha-se uma necessidade de cumprimento de normas, que passavam pela Psiquiatria, na compreensão do indivíduo, como pela Jurisprudência, que estabelecia as normas e princípios gerais.

Esta interacção entre a Psiquiatria o Direito Penal visava não só a reintegração do criminoso na sociedade, como em simultaneidade pretendia estabelecer uma metodologia para que se evitasse e se combatesse a rejeição destes indivíduos dentro do meio em que se inseriam, tendo em conta que podiam ser factores predisponentes para os actos criminosos.

Nesta conjuntura, como se pode constatar tornou-se fundamental criar um diálogo entre as áreas da Psiquiatria e Jurisprudência, visto que se impunha a necessidade de compreender os padrões de culpabilidade quer daqueles que cometiam os delitos, quer para aqueles que os avaliavam: “les jurés se sont trouvés dans la situation d’avoir a décider de la culpabilité de quelq’un, culpabilité à propos de laquelle on avait beaucoup de preuves, mais pas encore la certitude, on appliquait le principe des circonstances

¹ Cf. POLÓNIO, Pedro — *Psiquiatria Forense*. Lisboa: Coimbra Editora Lda., 1975, pp. 12- 13.

² Cf. GARNEL, Maria Rita Lino — *Vítimas e Violências na Lisboa da I República*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2007, p. 91.

³ Vide Idem, *Ibidem*, p. 92.

⁴ Cfr. Idem, *Ibidem*, p. 14.

atténuantes et l'on donnait une peine légèrement ou largement inférieure à la peine prévue par la loi”¹.

Na capacidade de orientar a sua conduta, em concordância com a Lei Penal tornou-se evidente ao longo do século XIX compreender as questões de ocorrência patológica. Em concordância com a entrada regulamentar dos alienados no espaço asilar, destaca-se o papel de António Maria de Senna, Miguel Bombarda, Júlio de Matos e Bettencourt Rodrigues, que em 1896 estabeleceram as primeiras concepções fundamentais para a designada Psiquiatria Forense.

Perante esta nova problemática criam-se mecanismos que cruzam o saber médico-legal: “Or, il se trouve que, au point où viennent se recontrer l’institution destinée à régler la justice, d’une part, et les institutions qualifiées pour énoncer la vérité, de l’autre, au point, plus brièvement, où se recontrent le tribunal et le savant, où viennent se croiser l’institution judiciaire et le savoir médical ou scientifique en général, en ce point se trouvent être formulés des énoncés qui ont le statut de discours vrais, qui détiennent des effets judiciaires considérables, et qui ont pourtant la curieuse propriété d’être étrangers à toutes les règles, même le plus élémentaires, de formation d’un discours scientifique”².

Com este contributo a Psiquiatria Forense evoluiu, de forma a se tornar essencial nos casos de Jurisdição, em que se devia sob uma avaliação médica verificar a imputabilidade de um criminoso.

Neste âmbito, em caso de necessidade podia-se declarar o internamento do indivíduo, que estive-se a perturbar a ordem pública ou até mesmo ser declarada a insanidade, daquele que, «inconscientemente» incidia contra as regras da sociedade e da família em que estava inserido³.

De salientar, que foi crescente a necessidade de um conhecimento mais rigoroso dos motivos em que era praticado o delito, e a questão quanto à responsabilidade inerente ao seu autor. Pelo que, o indivíduo se tornou o «centro do Direito Penal» e das medidas que lhe deveriam ser aplicadas. É sob esta nova dinâmica, que se vai compreender que “o indivíduo, e não o delito, é o fulcro da lei penal e o juiz tem de recorrer, cada vez mais ao psiquiatra, ao psicólogo, ao sociólogo e ao pedagogo, na necessidade de evitar que concepções mais abstractas e especulativas, que necessidades lógicas e sistemas conceptuais o façam esquecer o homem criminoso com todas as suas limitações, e a protecção que a sociedade mais forte lhe deve, para além do respeito dos seus direitos”⁴.

Com a colaboração dos magistrados, bem como dos psiquiatras surgem dois pontos de vista essenciais, neste caso o primeiro, que pretendia não prevalecer a área da Psiquiatria sobre a magistratura, isto porque, estas se complementavam, como em segundo lugar e o objecto fulcral tornou-se evidente pelo intuito que residia em humanizar os critérios de avaliação do alienado, quando devia ser aplicada a justiça.

O ponto de vista da Psiquiatria começou a ser observado numa outra óptica, que não de forma imperativa nos modelos penais, isto porque, lhe era incutido o discernimento e observação daqueles que cometiam crimes de forma consciente ou inconsciente.

¹ Vide FOUCAULT, Michel, *op. cit.*, p. 10.

² Vide FOUCAULT, Michel, *op. cit.*, pp. 11 – 12.

³ Cf. POLÓNIO, Pedro, *op. cit.*, p. 17.

⁴ Vide Idem, *Ibidem*, p. 17.

Deste modo, como refere o autor Pedro Polónio na sua obra intitulada *Psiquiatria Forense* a responsabilidade, bem como, a imputabilidade não se podiam comparar com o crime à doença, nem o direito de defender e sustentar-se na ética¹. Isto é, se o Direito tem na sua base a liberdade e a responsabilidade dos cidadãos, a Psiquiatria enquanto ciência podia auxiliar o perito judicial na consideração do crime respeitando as formas legais, como na consideração da imputabilidade (o indivíduo que à luz da lei era considerado como culpado e deveria ser punido) ou a problemática da «inimputabilidade», em que o indivíduo que era considerado como insano, teria agido de forma inconsciente (ausência da *Psiché*), na sua total «des-razão».

Esta problemática, que se começou a debater nos finais do séc. XVIII, mas que teve particular ênfase entre os sécs. XIX e XX questionava a necessidade da compreensão do indivíduo entre o seu estado normal, cumpridor das normas sociais ou aquele que estava «fora de si», que inconscientemente tinha perdido a sua razão e agido em seu prejuízo ou de outrem.

Impunha-se uma clara objectividade em “distinguir o criminoso que praticava o ilícito na posse das suas faculdades físicas e mentais e sem qualquer hereditariedade explicativa, daquele que fazia perigar a sociedade, determinado por uma natureza defeituosa, ainda que esta pudesse resultar de condições mesológicas”².

De salientar, que após a consideração, ou seja, análise da Psiquiátrica sobre a avaliação do estado psíquico do indivíduo, era incumbida à jurisprudência a terminação de «punir» e «vigiar» aquele que tinha cometido o delito.

Para esse efeito, os indivíduos deviam ser inseridos ou numa prisão, no caso de culpabilidade ou num asilo psiquiátrico, quando os casos considerados de inimputabilidade ou procura de «restabelecimento». Foi nesta conjuntura, de corresponder às necessidades normativas, sociais e dos cidadãos, que depois de ter sido criado o Hospital de Rilhafoles em 1848 – o primeiro asilo psiquiátrico em Portugal, se assiste em 1892, (ao lado deste espaço asilar) à edificação do Pavilhão de Segurança, cuja arquitectura ficou incumbida a José Maria Nepomuceno.

Numa emergente consciencialização da sociedade portuguesa do séc. XIX, para o paradigma da assistência mental, ficou notório não só um novo olhar sobre a exclusão social entre os indivíduos alienados, bem como os «alienados criminosos», que agora tinham um espaço próprio para o seu recolhimento e terapias adequadas à sua patologia. Estes novos meios facultados com o intuito de tratamento e de uma possível reabilitação e inserção na sociedade.

Conclusão

Em virtude da apresentação do presente artigo, que incide sobre a temática da História da Psiquiatria Forense, o seu intuito tem como finalidade lançar uma discussão num âmbito pluridisciplinar sobre o paradigma da História da Assistência Mental em Portugal, nas questões que abrangem o modelo médico-psiquiátrico, social, político e institucional.

Por conseguinte, contata-se que no séc. XIX se assiste a uma realidade, que pretendia debater a liberdade e ética do indivíduo, consciente ou inconsciente da sua *Psiché*. Mas,

¹ Cf. Idem, *Ibidem*, p. 17.

² Vide GARNEL, Rita Maria Lino, *op. cit.*, p. 201.

que em resultado das suas acções, que podiam transgredir a normatividade social, a própria sociedade iniciou um debate sobre a imputabilidade/inimputabilidade daqueles que cometeram delitos, e a forma de não só criar mecanismos de interpretação para aplicar as leis, como metodologias para acolher e tratar aqueles que outrora eram alvo de exclusão e punição social.

Fontes e Bibliografia

FOUCAULT, Michel — *Les Anormaux*. Paris: Gallimard, 1999.

GARNEL, Maria Rita Lino — *Vítimas e Violências na Lisboa da I República*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2007.

NABAIS, Nuno, *CONCEITO – Revista de Filosofia e Ciências do Homem: Loucura e Desrazão*. Dir. José Luís Câmara e Nuno Nabais, Centro de Filosofia das Ciências da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2005, pp. 11–16.

POLÓNIO, Pedro — *Psiquiatria Forense*. Lisboa: Coimbra Editora Lda., 1975.

HOSPITAL SOBRAL CID: A GÉNESE DE UMA OBRA DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Carolina Gregório Mendes Álvaro
Historiadora
Email: carol.gregorio.ma@gmail.com

Resumo

Na década de 1930, o Professor de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Coimbra, e então presidente da Junta Geral do Distrito de Coimbra, Bissaya Barreto (1886-1974) é chamado pelo Ministro Duarte Pacheco, a intervir nas obras do Manicómio Sena, visto que a construção deste já se arrastava desde a Primeira República.

Começa deste modo, uma rutura entre dois modelos de assistência psiquiátrica, a primeira encabeçada pelo Doutor Elísio de Moura (1877-1977), com a defesa do Manicómio Sena. E a segunda liderada por Bissaya Barreto, que se apoia na Medicina Social, para criar o Hospital Sobral Cid, processo que podemos seguir nas Atas da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio Sena.

Concluindo, pretende-se com esta comunicação perceber o contributo e as mudanças que Bissaya Barreto trouxe para a área da saúde mental e como se verificou a transição entre estes modelos, através da documentação analisada.

Palavras-chave: Coimbra; Bissaya Barreto; Psiquiatria; Medicina Social; Hospital Sobral Cid

Abstract

In 1930's, Bissaya Barreto (1886-1974) Professor at the Faculty of Medicine of Coimbra, and president of the Junta Geral de the Distrito of Coimbra, is called by the Minister Duarte Pacheco, to participate in the works of the Sena asylum because the construction of this dragged out since the First Republic.

So begins a rupture between two psychiatric care models, the first led by Dr. Elísio de Moura (1877-1977), with the defense of Sena asylum. And the second led by Bissaya Barreto, who is based in Social Medicine, to create the Sobral Cid Hospital.

In conclusion, Bissaya Barreto brought changes to the area of mental health, which show a transition between these models, and which materialized in a chain of psychiatric hospitals and dispensaries on Centro of Portugal.

Introdução

No decorrer de 1933, Bissaya Barreto integrou a Comissão Administrativa das Obras do Manicómio Sena, a pedido do então Ministro das Obras Públicas e Comunicações, Duarte Pacheco.

Assim pretende-se através da análise das Atas desta Comissão e de outras fontes, acompanhar o debate que surgiu em torno desta instituição e o estado em que se encontrava. Pretende-se ainda inferir sobre o modelo de assistência psiquiátrica que Bissaya Barreto e Elísio de Moura pretendiam desenvolver em Coimbra, pois o primeiro apoiava-se na Medicina Social e o segundo seguia um conceito mais clássico.

Procura-se ainda saber o tipo de modelo hospitalar que existia no estrangeiro, e que Bissaya Barreto também visitou, para se poder preparar para este trabalho visto que era cirurgião.

Concluindo este artigo pretende contribuir para o estudo do Hospital Sobral Cid, isto é, como é que surgiu o seu projeto e a forma como este se concretizou e desenvolveu.

Manicómio Sena - Contextualização histórica

Data de 4 de julho de 1889, a primeira lei relativa à assistência psiquiátrica, conhecida por lei de Sena, da autoria do alienista António Maria de Sena. Esta previa a criação de “(...)quatro hospícios para alienados, e asilos para deficientes mentais e enfermarias anexadas aos estabelecimentos prisionais”¹. No caso de Coimbra foi autorizada a construção de um manicómio. Contudo, na década de 1850, a Faculdade de Medicina já tinha colocado a hipótese de se instalar no Colégio das Urselinas, um serviço de alienados².

A 11 de maio de 1911 foi publicado o Decreto nº 116 que traçou a organização dos serviços de assistência psiquiátrica, e que criou o Manicómio Sena, assim chamado como “ (...) homenagem à memória dum falecido membro desta Faculdade, que foi um notável alienista, cuja recordação é para nós sempre carinhosamente saudosa, que se chamou António Maria de Senna.”³.

Assim, no início de julho de 1917 foi apresentada nos Paços do Conselho, em Coimbra a maquete do Manicómio Sena, sendo o custo previsto para este empreendimento de 1,500 contos. Este teria capacidade para 300 leitos, sendo no entanto possível instalar 400 leitos⁴. Destinava-se também ao ensino da psiquiatria. Daqui resultou um edifício mais complexo, o que se refletiu num custo “ (...) consideravelmente agravado, neste momento, pelo grande aumento de preço de todos materiais de construção”⁵, visto que estava a decorrer a I Grande Guerra.

Quando Bissaya tomou parte ativa na Comissão de Obras do Manicómio Sena, tinham-se passado dezasseis anos desde a apresentação do projeto e o início das obras, porém só estavam concluídos alguns pavilhões.

A intervenção de Bissaya Barreto nas obras do Manicómio Sena

Em 1933 Bissaya Barreto foi chamado pelo Ministro das Obras Públicas e Comunicações, Engenheiro Duarte Pacheco, a intervir na construção do Manicómio Sena. Porém, o Professor hesitou inicialmente, pois “ (...) vivia para a cirurgia e da medicina nada mais me interessava ... não foi pois por prazer ou melhor foi com sacrifício que me deixei arrastar para fora da medicina (...)”⁶, mas se este não aceitasse Coimbra não iria ter um Manicómio.

¹ BARRETO, Bissaya - L' Hôpital Sobral Cid. Coimbra:1958, p.17

²“Faculdade de Medicina”. Movimento Médico. 7:4 (1911) .57

³“Manicómio-Sena”. Movimento Médico. 8:16 (1912) 251

⁴CORREIA, Luiz Melo e GAIA, Leonel – “Manicomio Sena – Memoria Descritiva”. Gazeta de Coimbra. 7:635 (1917) 1

⁵CORREIA, Luiz Melo e GAIA, Leonel, *art. cit.*, p. 1.

⁶BARRETO, Bissaya — Manuscritos e Discursos de Bissaya Barreto. Coimbra: Fundação Bissaya Barreto, 2014. p. 150-151.

Em março de 1933, procedeu-se à instalação da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio Sena. Tomaram posse o Doutor Elísio de Moura, com o encargo de “(...) orientar superiormente a Comissão na organização do plano de construção de harmonia com as exigências da psiquiatria contemporânea.”¹, enquanto o Doutor Bissaya Barreto, o Engenheiro Pedro Cavelleri e o Arquiteto Luiz Benavente tinham como missão dirigir administrativa e tecnicamente as obras desta instituição.

Ainda, no mês de março a Comissão visitara várias vezes as obras, mas o tipo de construção causara má impressão. No entanto, o Professor Elísio de Moura embora reconhecesse as “(...) deficiências e possivelmente erros de construção, entende que os pavilhões dados como prontos, se deverão aproveitar para internamento de doentes(...)”², admitindo que a área de que se dispunha, era (...)insuficiente, sobretudo, desejando fazer-se uma Colonia-Agrícola, cuja criação lhe é absolutamente indiferente, pois não o interessa esta forma de assistência aos alienados”³.

Assim, só se encontravam concluídos, os pavilhões: nº1 (para indigentes agitados) e nº5 (para indigentes tranquilos e semi-agitados – homens). Porém neles decorriam obras de beneficiação e não dispunham de iluminação, nem distribuição de água quente e fria e nem de aquecimento. Estavam ainda por concluir os pavilhões destinados à Clinoterapia⁴; Balneário e Cozinha, encontrando-se em construção 6 edifícios. Na opinião de Bissaya Barreto não era possível “(...) fazer daquelas instalações, não digo já um bom manicómio, mas sim, um Manicomio sofrível”⁵. Esta consideração ia ao encontro da “opinião do Prof. Sobral Cid e António Flores (...) e coincidia com a apreciação do Prof. Francisco Gentil, autoridade suprema dos problemas hospitalares no nosso país, que trazia em construção os Hospitais Escolares de Lisboa e Porto (...) Isto depois de custosas medidas de adaptação pode dar um regular quartel de Polícia... e nunca um estabelecimento moderno de Psiquiatria.”⁶ - posição assumida após uma reunião num dos pavilhões, onde estiveram presentes o Ministro, Bissaya Barreto e Elísio de Moura.

Perante estas evidências constatou-se que não era viável ser ali instalado um Manicómio e que seria mais económico e fácil construir um novo, e instalá-lo num terreno onde se pudesse construir uma “Colónia de Loucos.” Foi então, pedida ao Sr. Ministro a suspensão das obras em curso, porém o Doutor Elísio de Moura encontrava-se em Rabat (Marrocos).

Quando tomou conhecimento desta decisão e do destino a dar aos pavilhões, Elísio de Moura apareceu no consultório de Bissaya Barreto num “(...) estado de agitação impressionante, supondo que o procedimento da Comissão tinha em vista desconsiderá-lo e sobretudo porque discordava do alvitre da Comissão - aplicação dos pavilhões

¹ CDBB: Ata da instalação e posse da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio, 29/03/1933, fl.1

² CDBB: Ata da instalação e posse da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio, 24/03/1933, fl.1

³ CDBB: Ata da instalação e posse da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio, 24/03/1933, fl.1

⁴ Terapia pelo repouso absoluto.

⁵ CDBB: Ata da instalação e posse da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio, 04/04/1933, fl.1

⁶ BARRETO, Bissaya — Manuscritos e Discursos de Bissaya Barreto. Coimbra: Fundação Bissaya Barreto, 2014. p. 151.

feitos a uma maternidade ou a Hospital de Isolamento”¹. Para Elísio de Moura era necessário um Asilo-Colónia-Agrícola, para loucos incuráveis, e instalar junto da penitenciária um pavilhão para reclusos que enlouquecessem e aproveitar os pavilhões feitos para a Clínica Psiquiátrica, chamando à atenção da Comissão, que se devia prestar assistência aos loucos não indigentes, havendo necessidade de construir um pavilhão para pensionistas.

Todavia, este diferendo entre os Professores começou cerca de dois anos antes, quando Bissaya Barreto contactou com o Ministro do Interior, Coronel Lopes Mateus, solicitando-lhe uma quantia para a conclusão dos pavilhões que estavam prontos, mobilá-los e internar os doentes e “(...) ainda a verba necessária para os manter até ao fim d’esse ano economico.”². Procurou o Professor Elísio de Moura, mostrou-lhe a resposta do Ministro e solicitou-lhe indicações para responder a Lopes Mateus, mas Elísio de Moura opôs-se, porque “(...) não consentia que os outros pavilhões feitos comesçassem a funcionar, enquanto outros se não construísssem (...) não havia enfermagem convenientemente adestrada e educada para cuidar destes doentes”³.

Este antagonismo, também se estendeu às páginas do jornal *A Saúde*⁴, que a partir de junho de 1933, publica a rubrica “Quem acode aos nossos loucos?”, com o objetivo de esclarecer como se iria solucionar o problema da assistência psiquiátrica na zona Centro, contendo também, críticas às obras do Manicómio Sena, como se pode constatar no artigo publicado em outubro de 1935: “Nós queremos nos Olivais. O clássico asilo de alienados, verdadeira casa de reclusão de estrutura prisional e fáceis carcerários com os seus altos muros e vedação sem pátios interiores desprovidos de horizonte; quartos/fortes e repartições celulares “quartier de force” - onde os alienados, viveriam abandonados aos seus próprios hábitos mórbidos e na mais funesta ociosidade.

Mas queremos a Quinta da Conraria. O moderno asilo de tipo Colónia Agrícola, verdadeiro fanlistério, onde grandes massas de enfermos e psicopatas, repartidos por diversos pavilhões rodeados de jardins e campos de cultura se mostram aptos a viverem, em semiliberdade e como membros duma sociedade disciplinada para existência laboriosa e ordeira. (...) queremos na Quinta da Conraria a construção dum Asilo aldeia do tipo Colónia Agrícola o estabelecimento ideal para assistência daqueles alienados aos quais a terapêutica médica dissesse a última palavra. Prof. Sobral Cid”⁵.

Apesar desta controvérsia, as ideias do Professor Elísio de Moura prevaleceram e a 17 de abril de 1944, a Clínica Psiquiátrica instalada no pavilhão nº5 recebeu 24 doentes.

O Hospital Sobral Cid

É neste contexto de desacordo científico, que começa a surgir a ideia de um novo estabelecimento de assistência psiquiátrica em Coimbra, mais concretamente um Asilo

¹ CDBB: Ata da instalação e posse da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio, 06/10/1933, fl.8

² CDBB: Ata da instalação e posse da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio, 06/10/1933, fl.4

³ CDBB: Ata da instalação e posse da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio, 06/10/1933, fl.4

⁴ Órgão de comunicação oficial da Junta Geral do Distrito de Coimbra, e da sua sucedânea Junta de Província da Beira Litoral, de que Bissaya Barreto foi presidente

⁵ COIMBRA, Junta Geral do Distrito de - “Quem Acode aos Nossos Loucos?”. *A Saúde*. 115 - 116 (1935) 4-7.

Colónia Agrícola, onde se pudessem desenvolver os métodos terapêuticos de ergoterapia e ludoterapia.

Assim, Bissaya Barreto viajou pela Europa, pois sentia “(...) o dever de ir por esse mundo além à procura de diretrizes e orientação que me pudesse guiar no desempenho do novo encargo (...)”¹. Deste modo visitou estabelecimentos em Viena, Paris e na Alemanha foi a Düsseldorf, a Munique, a Hamburgo, a Berlim e a Frankfurt. Na Alemanha visitou uma Clínica Psiquiátrica onde assistiu “(...) a uma lição sobre Sclorose em placas (...)”². Na Alemanha o Professor conseguiu inteirar-se das inovações feitas no campo da Psiquiatria, como orientações para a assistência, plantas e documentação das novas clínicas neuropsiquiátricas, para dotar a Faculdade de Medicina, mas foi em vão.

Na Europa e na América estava em voga o modelo de Asilo Colónia, que permitia que os seus doentes vivessem rodeados de jardins e campos de cultivo. Era um modelo de hospitalização que permitia aplicar a ergoterapia, pois o doente psiquiátrico deveria desenvolver uma tarefa útil, porque não era um “ser fatalmente condenado a cometer actos insensatos, absurdos ou violentos. Esta ideia-Mãe, que atualmente inspira nos países mais adiantados a assistência psiquiátrica geral, tinha já sido proclamad [a] pelos grandes alienistas de Pinel, Esquirol (...)”³. Já Barahona Fernandes defendia que, “(...) A finalidade última da psicoterapia não é certamente o trabalho em si e muito menos o seu rendimento material! É uma *ocupação com fins pedagógicos, que ordene o seu pensar, discipline o seu sentir, desperte e reavive os seus sentimentos e interesse pela vida real* e os torne de novo *Homens aptos* a retomar o seu lugar na vida social.”⁴.

O doente psiquiátrico era visto assim como alguém capaz de produzir um trabalho útil, e de viver dentro do contexto do internamento em condições semelhantes às da sociedade. A fusão destes dois princípios permitiu alguma humanização no campo da assistência psiquiátrica, como se pode constatar nos seguintes exemplos: o Asilo Cantonal de Cery (Suíça) cujos doentes acamados trabalhavam, ou a escolher sementes, ou a rasgar farrapos, ou, o Asilo Colónia de Frankfurt “(...)notavel pela ordem, limpesa e cuidado com que funcionam todos os serviços e pela tranquilidade que domina em toda a casa e pelo carinho com que os doentes são tratados(...) pateos bem cultivados e com frondosas arvores debaixo das quais deitados sobre a relva ou em chaise-longues alguns doentes passam parte do dia.”⁵. Estes conhecimentos e modelos hospitalares ajudaram a “construir” aquilo que viria a ser o Hospital Sobral Cid e as instituições que surgiram posteriormente.

Este projeto começou no início de maio de 1933, quando foi resolvido oficial à Direção Geral de Edifícios e Monumentos Nacionais, o custo de um novo Manicómio, e a escolha de um terreno, para se dar início às obras para “(...) assim, atenuar a crise de

¹ BARRETO, Bissaya - Manuscritos e Discursos de Bissaya Barreto. Coimbra: Fundação Bissaya Barreto, 2014, p. 150.

² CDBB: Ata da instalação e posse da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio, 24/07/1933, fl.3

³ CDBB: Ata da instalação e posse da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio, 17/07/1933, fl.2

⁴ FERNANDES, Barahona – “Papel pedagógico da ergoterapia nas doenças mentais”. A Saúde. 203 - 204 (1939) 7

⁵ CDBB: Ata da instalação e posse da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio, 17/07/1933, fls. 10-11

desemprego que avassala esta Região, onde são numerosos desempregados, muito especialmente, da construção civil”¹.

Após serem visitados os terrenos da Quinta da Conraria, do Vale do Inferno e da Quinta de S. Jerónimo, foi escolhido o primeiro local. Então, em outubro de 1933 o Engenheiro Rosa Falcão começou a efetuar o levantamento topográfico da Quinta da Conraria, e um ano mais tarde, foi publicado um anúncio do Ministério para a compra de um domínio superior a 20 hectares, destinado à Colónia-Agrícola dos Alienados. A 23 de maio de 1935 foi publicado no Diário do Governo o decreto-lei 25:394, que autorizava a construção em Coimbra “(...) como o primeiro passo para a solução deste grande problema, uma Clínica Psiquiátrica e um Asilo-Colónia Agrícola para os Alienados (...)”².

Logo em 1940 iniciaram-se os trabalhos, e a 1 de junho de 1945, o Hospital Sobral Cid, recebeu os seus primeiros doentes. Porém só foi inaugurado oficialmente a 26 de maio de 1946, sendo a sua direção constituída pelo Professor Bissaya Barreto, Dr. Granada Afonso e José Gomes Rios. Em janeiro de 1948 o Dr. Granada Afonso assumiu o cargo de diretor, tendo como seu adjunto Valentim de Almeida e Sousa. O Hospital era dotado de um orçamento privativo e gozava de autonomia administrativa.

Assim, o Hospital Sobral Cid era constituído por 15 pavilhões, inspirados na casa portuguesa, nos quais se distribuíam os seguintes serviços: administração (nº 5); admissão de homens e mulheres (nº 4 e nº 7); crianças (nº 9); vigilância (nº 1; 2; 13 e 14); inter-courant (nº 6); tuberculosos (nº 15); cozinha (nº 11) e lavandaria (nº 10). Os pavilhões estavam cercados por campos de cultivo e por jardins e eram espaços com ar, luz e sol, como Bissaya Barreto advogava e onde os doentes seriam tratados com “(...)carinho; humanidade e compreensão”³.

Como Bissaya Barreto afirmou na sua obra *L’Hôpital Sobral Cid*, este era “(...) o estabelecimento mais moderno do país destinado ao tratamento das doenças mentais (...) e que reunia as três características fundamentais da assistência psiquiátrica moderna (...)”⁴, ou seja, um Hospital/ Clínica psiquiátrica, para tratamento dos “(...)” psicopatas (...)”⁵ e investigação; um Asilo, para doentes inválidos física e psiquicamente e uma Colónia: semi-agrícola e semi-industrial “(...)para o tratamento tanto reeducativo, como curativo, pelos meios actuais de terapêutica (...) da maior parte dos estados agudos e crónicos das doenças mentais.”⁶

No que diz respeito aos trabalhos que constituíam a ergoterapia, estes consistiam em: trabalhos agrícolas, de carpintaria, de pintura, de costura e de distribuição de refeições, produção de brinquedos de madeira, de envelopes, de tapetes e de flores artificiais, entre outros. Quanto à ludoterapia, esta era composta por viagens, idas ao cinema, visualização de televisão e leitura.

O Hospital Sobral Cid dispunha ainda, dos seguintes serviços: um para “pequenos anormais”, com o objetivo de lhes dar uma formação profissional, mesmo que fosse de

¹ CDBB: Ata da instalação e posse da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio, 01/05/1933, fl.3

² BARRETO, Bissaya - *L’Hôpital Sobral Cid*. Coimbra:1958, p. 40

³ BARRETO, Bissaya – *Uma Obra Social realizada em Coimbra*. Coimbra: Coimbra Editora,1970, p. IX

⁴ BARRETO, Bissaya -*L’Hôpital Sobral Cid*. Coimbra:1958, p. 26

⁵ BARRETO, Bissaya - *L’Hôpital Sobral Cid*. Coimbra:1958, p. 27

⁶ BARRETO, Bissaya – *Uma Obra Social realizada em Coimbra*. Coimbra: Coimbra Editora,1970, p. 284

uma forma básica, e ainda “serviço de internamento para pequenos psicopatas”¹, para tratamento e observação destes, não havendo contacto com “(...) os grandes psicopatas.”. O Hospital dispunha ainda de um serviço de “assistência familiar dos psicopatas”, pois o suporte familiar era visto como um fator que contribuía para a recuperação dos doentes. Procurava-se assim criar na família um bom ambiente para a convalescência do doente, porque este esteve fora do seu meio durante algum tempo, o que levava a esquecer-se de alguns hábitos e a família não tinha condições ou disposição “(...) para criar um ambiente simpático ao doente”.

Ainda, em 1946 começou a funcionar o Dispensário de Higiene e Profilaxia Mental, localizado na Avenida Sá da Bandeira, que complementava os serviços do Hospital Sobral Cid, e que no seu primeiro ano de atividade, realizou 355 consultas e 642 tratamentos. Foram ainda criados no Centro do País os Dispensários de Aveiro, da Figueira da Foz, de Leiria e de Viseu e os Dispensários das Caldas da Rainha, da Guarda, da Covilhã, de Castelo Branco e de Lamego. Os quatro primeiros começaram a funcionar em 1946 e os restantes em 1947.

Deste modo o dispensário² tinha como objetivo fazer o rastreio e intervenção precoce das doenças psíquicas, pois estas não eram consideradas doenças incuráveis e inevitáveis, e procedia-se ainda, à distribuição gratuita de medicamentos. Também, no dispensário do Asilo de Santa Ana³ (França), realizavam-se consultas e davam-se fármacos aos doentes carenciados. Além disto o “dispensário era uma casa de propaganda e educação, que reunia fins muito especiais não previstos pelo hospital”⁴.

Esta primeira fase da obra de assistência (década de 1940), gizada por Bissaya Barreto, foi contemporânea da Lei Nº 2:006 de 11 de abril de 1945, que estabeleceu as bases da assistência psiquiátrica, que por sua vez teria três âmbitos – terapêutico, profilático e pedagógico – e que dividiu, para efeitos de assistência Portugal em três zonas: Norte, Centro e Sul, com sede no Porto, Coimbra e Lisboa, que seriam “(...) constituídos pelos seguintes organismos: a) Direção do centro; b) Dispensário central; c) Dispensários regionais; d) Hospitais psiquiátricos e clínicas psiquiátricas; e) Asilos psiquiátricos (...)”⁵. Os organismos citados nas alíneas b) e e) podiam ser “(...) agrupados para formar mais vastas organizações de assistência (...)”⁶, sendo as funções destes organismos também, definidas na Lei Nº 2:006.

Mas, a assistência psiquiátrica na Zona Centro não se ficou só pelo Hospital Sobral Cid e pela rede de Dispensários. Em 1959 foi inaugurado o Hospital do Lorvão, em Penacova, cujo edifício se situava no Mosteiro do Lorvão e a 22 de outubro de 1964 começou a funcionar o Asilo Colónia Agrícola de Arnes, perto de Alfarelos.

Na década 1970, o Hospital Sobral Cid era considerado o melhor hospital da Península e figurava entre um dos melhores da Europa.

¹ BARRETO, Bissaya – Uma Obra Social realizada em Coimbra. Coimbra: Coimbra Editora, 1970, p. 286

² Dispensário era considerado o “aliado” da Medicina Social, era um modelo já desenvolvido pelo Professor Bissaya Barreto na luta Anti-Tuberculose e na Obra de Proteção à Grávida e Defesa da Criança, na década de 1930

³ Criado na década de 20

⁴ TOULOUSE, E, PERRIN, G. Getil, TARGOWLA, R. - “Prophylaxie Mental”. In SERGENT, Émile; DUMAS, L. Ribadeu; BABONNEIX, L. - Médecine Sociale. Paris: A. Malaine e fils, éditeurs, 1925, p. 624

⁵ RÉPUBLICA, Presidência - Lei nº2:006. Diário do Governo. I Serie (Nº77 -11 de Abril de 1945), p. 241

⁶ RÉPUBLICA, Presidência - Lei nº2:006. Diário do Governo. I Serie (Nº77 -11 de Abril de 1945), p. 241

Conclusões

A origem do Hospital Sobral Cid é indissociável da história do Manicómio Sena, bem como da discórdia entre dois vultos da medicina de Coimbra, Bissaya Barreto e Elísio de Moura, que representavam formas distintas de pensar a assistência psiquiátrica.

Assim, Elísio de Moura seguia os cânones clássicos da psiquiatria, tendo conseguido aproveitar o pavilhão nº5, que recebeu os seus primeiros doentes em 1944. Posteriormente, os Pavilhões de Celas viriam a ser aproveitados, com as obras da Cidade Universitária, para a Clínica Psiquiátrica, de Neurologia e Infeciosas (como Bissaya Barreto tinha sugerido) e ainda outras especialidades médicas.

Bissaya Barreto criava assim uma obra de assistência psiquiátrica sem precedentes, baseado no que de mais moderno se fazia na Europa e baseado na Medicina Social, área que ele tão bem conhecia. Em suma, Bissaya Barreto desenvolveu uma obra assente na ideia de que se devia servir os “alienados” com inteligência e coração.

Fontes e Bibliografia

Centro de Documentação Bissaya Barreto (CDBB):

CDBB: Ata da instalação e posse da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio – 1933

BARRETO, Bissaya - L' Hôpital Sobral Cid. Coimbra: 1958

BARRETO, Bissaya – Uma Obra Social realizada em Coimbra. Coimbra: Coimbra Editora, 1970

RÉPUBLICA, Presidência – Lei nº 2:006. Diário do Governo. I Serie (Nº 77 - 11 de Abril de 1945)

TOULOUSE, E, PERRIN, G. Getil, TARGOWLA, R. – “Prophylaxie Mental”. In SERGENT, Émile; DUMAS, L. Ribadeu; BABONNEIX, L – Médecine Sociale. Paris: A. Malaine e fils, éditeurs, 1925, pp. 623-669.

DO DISPENSÁRIO DE HIGIENE MENTAL À ULS DO NORDESTE

Carina Bragança Rodrigues¹; Mariana Noronha de Andrade¹; Virgílio Palma²
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental - Unidade Local de Saúde do Nordeste

¹ Interna da Formação Específica de Psiquiatria;

² Assistente Graduado Sénior de Psiquiatria

Email: carinabraganca.r@gmail.com

Resumo

Esta retrospectiva consiste numa descrição cronológica dos serviços de saúde mental no distrito de Bragança.

Assistimos, desde a publicação da Lei 2006 de 1945, a sucessivas reorganizações das instituições de assistência psiquiátrica. O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) começou por ser Dispensário de Higiene Mental, mais tarde Centro de Saúde Mental, e incluiu o Albergue de Mendicidade Local, desde então Unidade de Doentes de Evolução Prolongada. Daqui, salientamos a importância da integração no Hospital Distrital, actual ULSNE.

Este trabalho teve por base dados objectivos e a memória dos funcionários que ainda constituem esta equipa.

À semelhança da evolução da Psiquiatria no mundo, também aqui as mudanças sociais, políticas, culturais e científicas tiveram um papel relevante na intervenção em saúde mental que hoje é possível.

Palavras-chave: cronologia; psiquiatria; retrospectiva; Portugal

Abstract

This retrospective work consists on a chronological description of mental health assistance in Bragança's district.

Since the publication of 1945's Law 2006, we witnessed successive reorganizations of the psychiatric assistance institutions. The Department of Psychiatry and Mental Health of the Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) started by operating as a Mental Health Dispensary, then a Mental Health Centre, including the Local Mendicity Institution, which later became the Unit of Long Evolution Patients. In between, we emphasise the importance of the integration in the former Distrital Hospital, current ULSNE.

This work was based on objective data and memories of workers who still make part of this team.

Parallel to the evolution of global Psychiatry, also here the social, political, cultural and scientific changes had a relevant role on the mental health interventions that are, nowadays, possible to accomplish.

Introdução

Os serviços de saúde mental portugueses têm sido alvo de sucessivas reorganizações estruturais e funcionais, que passaram pela criação de dispensários locais, clínicas de saúde mental, hospitais psiquiátricos e, mais recentemente, a integração destas estruturas nos hospitais gerais.

Apesar da primeira Lei versando os cuidados de saúde mental datar de 1889, pouco do que fora previsto em Assembleia se concretizou nas décadas que se lhe seguiram. A instabilidade política e o défice de recursos económicos orientados para a saúde mental terão provavelmente sido os principais limitantes da progressão nesta área.

Até meados do século XX, os cuidados de saúde em Portugal dependeram maioritariamente do apoio prestados por ordens religiosas, como a Ordem de S. João de Deus.

Pretendemos, com este artigo, abordar a criação do serviço de saúde mental da região do nordeste transmontano, com as dificuldades inerentes, e a sua evolução até aos dias de hoje.

Discussão / Desenvolvimento do tema

Contrariamente a alguns dos estados da Europa central¹, nos meados do século XX, Portugal ainda dispunha de capacidades assistenciais à doença mental muito escassas e localmente limitadas.

Em 1945, os três hospitais psiquiátricos portugueses - Hospital de Rilhãfoles e Manicómio do Campo Grande, em Lisboa, e o Hospital do Conde de Ferreira no Porto – eram tutelados pelo Ministério do Interior e mostravam-se insuficientes para toda a população nacional.

Identificada esta escassez assistencial duas leis foram publicadas, em 1889² e 1911³, visando a construção de novos manicómios e colónias agrícolas. Porém, muito pouco do que fora legislado se concretizou e, até 1945, os cuidados à pessoa com doença mental dependeram, em grande medida, do apoio das ordens religiosas.

Apenas nesse ano de 1945, com a publicação de uma nova Lei⁴, surge o impulso que determinará a primeira grande organização da assistência psiquiátrica em Portugal, assim como a concretização de algumas medidas anteriormente previstas. O país é organizado em três áreas nas quais são criadas novas estruturas assistenciais com autonomia administrativa: os *Centros Psiquiátricos* do Norte, Centro e Sul. Cada um destes centros era constituído por várias unidades assistenciais, desde os dispensários, mais próximos à população, até aos hospitais psiquiátricos - alguns já existentes mas que os passaram a integrar. Esta Lei determinou pela primeira vez a responsabilidade do Estado Português na organização da assistência sanitária, não só no âmbito estrutural mas também na criação de um corpo de profissionais especializados.

A tutela destes Centros permaneceu sob a alçada do Ministério do Interior, até 1958, com a criação do Ministério da Saúde e, concomitantemente, do *Instituto de Assistência Psiquiátrica* (IAP).

O *Centro Psiquiátrico da Zona Norte* integrava o Hospital do Conde de Ferreira, um Dispensário Central e vários Dispensários Regionais. Estes últimos, pequenas unidades locais, permitiam o seguimento ambulatorio e a dispensa de medicação.

¹ Os manuscritos de Bernardino António Gomes acerca destas discrepâncias estão hoje publicados em livro (v. bibliografia)

² Lei Orgânica de 4 de julho de 1889 – conhecida como Lei Sena, seu redator

³ Lei de 11 de maio de 1911 – conhecida como Lei Republicana e redigida por Júlio de Matos

⁴ Lei n.º 2:006, de 11 de abril de 1945 – “Estabelece as bases reguladoras da Assistência Psiquiátrica”.

Porém, vale a pena referir que o processo de desenvolvimento dos *Centros Psiquiátricos* foi um processo moroso e cerca de 10 anos depois da publicação da Lei de 1945 os dispensários regionais ainda escasseavam.

Na verdade, quando em 1963 é promulgada a nova *Lei de Bases da Saúde Mental*, a plena realização da Lei anterior ainda não havia sido alcançada. Esta nova Lei determinou a extinção dos *Centros Psiquiátricos* das zonas Norte, Centro e Sul e a criação de *Centros de Saúde Mental* a nível distrital, coordenados pelos *IAP*, mas com autonomia administrativa, técnica e financeira.

Recuando a este momento do século XX, encontramos o distrito de Bragança, fronteiro a norte e este com Espanha, muito isolado pela sua geografia dificultosa de viagens terrestres. O Hospital da Santa Casa da Misericórdia possibilitava alguns cuidados à população com doença mental mas ante a necessidade de internamento ou de cuidados especializados era necessária a sua transferência dos doentes para o *Hospital do Conde de Ferreira* ou para o *Asilo de Travanca*. Nestes casos, além do isolamento consequente do internamento, a estes doentes acrescia-se a distância das suas terras e dos familiares. Na década de 60, o único meio de transporte acessível à maior parte da população era o comboio a vapor, que proporcionava à população brigantina um lento trajeto de cinco horas até Porto.

Apesar do distrito incluir o *Centro Psiquiátrico da Zona Norte* desde a sua criação, só dezanove anos mais tarde, em 1964, foi inaugurado o *Dispensário Regional de Higiene Mental de Bragança*.

Nessa data, encontrava-se em curso a transição entre os *Centros Psiquiátricos* e os novos *Centros de Saúde Mental* regionais mas, novamente, a escassez de recursos, limitou a expansão destas novas estruturas. Quando em 1965 é criado o *Centro de Saúde Mental do Porto*¹, este integra e passa a coordenar o recém-criado *Dispensário de Bragança*. O internamento dos doentes da região manteve-se no *Hospital do Conde de Ferreira* e, mais tarde, também o *Hospital de Magalhães Lemos*².

O primeiro médico a exercer funções no Dispensário de Bragança foi o Sr. Dr. Rebolo que, após uma experiência inicial na medicina dentária, adquiriu experiência no tratamento das doenças mentais no *Hospital do Conde de Ferreira*. As carreiras médicas ainda não haviam sido criadas e a habilitação para a prática da psiquiatria derivava do exercício supervisionado num hospital psiquiátrico.

O dispensário abria todos os dias e a sua equipa incluía também um enfermeiro, uma assistente social e uma escriturária. Além da dispensa da medicação, cedida pelo *Dispensário Central do Porto*, e da realização de consultas médicas, foi também praticada Electroconvulsivoterapia segundo os padrões da época – como é de conhecimento geral, o apoio anestésico é uma prática recente. Os recursos terapêuticos começavam a diversificar-se e a revolução farmacológica era ainda um marco recente no desenvolvimento da Psiquiatria.

¹ Portaria nº 21 444, de 5 de agosto de 1965, do Ministério da Saúde e Assistência. “Ao abrigo do D.L. nº 46 102 de 23 de dezembro de 1964 (...) Compete aos Centros de Saúde Mental existentes na área do Porto assegurar, em moldes a definir, a manutenção do serviço de urgência psiquiátrica da Zona Norte e o eventual apoio aos serviços da periferia que dele necessitem”

² O Hospital de Magalhães Lemos, oficialmente inaugurado em 1962, recebeu pela primeira vez doentes em 1970, na sequência de um incêndio ocorrido no Hospital do Conde de Ferreira.

Pontualmente, médico e enfermeiro deslocavam-se aos centros de saúde da periferia do distrito para avaliação dos doentes – estas saídas, então chamadas de *Brigadas*, podem ser vistas como uma forma pioneira de Psiquiatria Comunitária.

Portanto, finda a Psiquiatria Asilar, Portugal adoptou a Psiquiatria de Sector e durante a década seguinte o dispensário de Bragança assegurou aos doentes e às suas famílias o seguimento especializado em ambulatório, diminuindo as necessidades de deslocações longas e custosas.

Decorria o ano de 1976, altura de grande instabilidade política e social, quando foi criado o *Centro de Saúde Mental (CSM)* de Bragança¹. Esta instabilidade acabou também por se traduzir em dificuldades na organização interna do serviço, tendo este centro iniciado a sua actividade sob a coordenação de uma Comissão Instaladora², por sua vez tutelada pelo IAP³ e associado ao *Centro de Saúde Mental do Porto* por não dispor ainda de um organismo de gestão própria.

As novas instalações do *Centro de Saúde Mental* foram construídas num terreno anexo ao recém-inaugurado *Hospital Distrital de Bragança*, possivelmente graças ao financiamento de um fundo cedido pelo Governo Norueguês⁴, tal como aconteceu com a instalação do *Centro de Saúde Mental de Vila Real*⁵. Inicialmente incluíram três novos edifícios: um destinado à administração e dois edifícios de dois andares para as áreas clínicas e terapêuticas. O dispensário, então com doze anos de funcionamento, passou a integrar o novo Centro mantendo o local de realização das consultas de psiquiatria.

Com a abertura do CSM, os doentes da região de Bragança até então internados no Hospital do Conde de Ferreira e no Asilo de Travanca foram transferidos para esta Clínica Psiquiátrica, e os novos internamentos por doença mental passaram a ser efetivados em Bragança, evitando a transferência dos doentes em fase aguda e permitindo o apoio familiar, agora mais próximo, na sua recuperação.

A par da Clínica de internamento, iniciou actividade um Hospital de Dia e uma Unidade de Ergoterapia, embora tenham cessado actividade poucos anos depois. Num distrito tão vasto e com uma parca rede de transportes, a deslocação frequente dos doentes admitidos neste tipo de unidades vê-se limitada pelos gastos elevados que daí advinham. Ao Sr. Dr. Rebolo sucederam os primeiros médicos psiquiatras do CSM, que se manteve em funcionamento em regime de instalação. Ainda é possível apreender muitas histórias desses anos, graças a alguns profissionais que se mantêm no ativo. A prática clínica, nesses anos, refletia a generalização incipiente dos antipsicóticos, mas a contenção física e práticas hoje já abandonadas, como a insulino-terapia, eram comuns.

No ano seguinte à sua abertura, em 1977, o Centro de Saúde Mental de Bragança agrega um novo espaço, para acolhimento de doentes com patologia crónica e insuficiente suporte social e familiar – o *Centro de Doenças de Evolução Prolongada*.

¹ Portaria n° 549/76, de 31 de agosto, do Ministério dos Assuntos Sociais

² Este sistema de implementação, surgido em 1971, facilitava a gestão financeira e do pessoal, tendo-se acentuado o seu uso após 1974

³ O IAP dispunha de Delegados para cada zona do país. O Delegado da Zona Norte era responsável por elaborar o orçamento do Centro de Saúde Mental.

⁴ Através da sua Agência Norueguesa de Cooperação para o Desenvolvimento (NORAD)

⁵ Aviso DD2254/79, de 28 de Dezembro: “Acordo entre o Governo da República Portuguesa e o Governo do Reino da Noruega relativamente à Cooperação no Sector da Saúde”.

Trata-se de uma extensa propriedade na periferia da cidade de Bragança, conhecida como *Quinta da Tranjinha*¹, e que à data funcionou como *Albergue de Mendicidade* local, uma dependência do Governo Civil que abrigava os indigentes recolhidos pela Polícia. Na verdade, cerca de 70% das pessoas que ocupavam os albergues nacionais tinham também doença mental crónica², pelo que, muitos dos residentes da nova unidade transitaram do antigo Albergue para um regime de internamento prolongado no mesmo local mas reestruturado de forma a prestar cuidados médicos e de enfermagem. Nesta transição mantiveram-se muitas características originais da quinta e possibilitou-se aos doentes residentes nessa unidade um estreito contacto com a actividade agrícola e pecuária inerente à propriedade. Nessa propriedade, e a título de curiosidade, refere-se a existência de um teixo com mais de 500 anos³, considerada *Exemplar de Interesse Público* pelo *Instituto de Conservação da Natureza e das Florestas*.

No âmbito nacional, o ano de abertura do CSM de Bragança coincidiu com a aprovação da *Constituição da República* de 1976 e três anos depois seria criado o *Sistema Nacional de Saúde* (SNS)⁴ garantindo pela primeira vez um acesso universal e gratuito aos cuidados de saúde, incluindo a assistência à doença mental, que até então eram assegurados aos contribuintes através da *Caixa Geral de Previdência*.

O primeiro director-gestor do CSM de Bragança foi nomeado em 1983. Nesse ano, a instituição deparava-se com dificuldades de ordem financeira e de gestão e a assistência aos doentes internados estava a ser prestada por um médico de clínico geral havia já vários meses, desde que o único psiquiatra vinculado ao centro cessara funções.

O Sr. Dr. Machado Rodrigues, psiquiatra no Hospital Júlio de Matos, sendo “Homem da Terra”, aceitou a nomeação para Director do CSM de Bragança. Com esta direcção, o CSM recebeu pela primeira vez a autonomia administrativa, técnica e financeira que possibilitou a reorganização interna que se verificou a partir de então.

Foram retomadas as consultas de psiquiatria no dispensário, em Bragança, assim como as consultas nos centros de saúde e visitas domiciliárias, especialmente nas zonas localizadas no sul do distrito cujos acessos foram, durante muitos anos, carenciados e difíceis.

Por outro lado, a banalização do telefone durante a década de 80 permitiu um estreitamento das relações com os médicos em funções nos centros de saúde e facilitando o encaminhamento de doentes.

O CSM manteve-se em funcionamento com apenas um psiquiatra até 1987, quando iniciou funções o Sr. Dr. Virgílio Palma, recém-especialista do Hospital do Lorvão.

As mudanças funcionais no CSM prosseguiram nos anos seguintes e a proximidade ao *Hospital Distrital de Bragança* permitiu o desenvolvimento de uma cooperação pontual e “de boa vontade” no tratamento dos doentes entre as duas estruturas, vários anos antes

¹ Doação Quinta

² D.L. nº 365/76, de 15 de maio, do Ministério da Administração Interna e dos Assuntos Sociais “«depósitos» onde se encontram cerca de 3000 indivíduos, estimando-se que em cerca de 70% os pertencentes ao foro psiquiátrico”.

³ Azevedo J.; Gonçalves A. — *Manual de Boas Práticas em Espaços Verdes*, Ed. Câmara Municipal de Bragança, 2009

⁴ Lei nº 56/79, de 15 de Setembro. O Sistema Nacional de Saúde foi criado no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais.

da integração dos centros de saúde mental nos hospitais gerais. Mas também se estabeleceram acordos formais entre as duas instituições, como a disponibilização dos serviços de lavandaria e alimentação.

Perante esta realidade, a integração do CSM no *Hospital Distrital de Bragança* poderia ser vista com alguma naturalidade. Tal veio a acontecer em 1992, quando foi decretada a extinção dos centros de saúde mental e com eles da *Psiquiatria de Sector* em Portugal¹. A assistência psiquiátrica passou a integrar os hospitais gerais, a par dos restantes serviços de cuidados clínicos.

O novo *Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental* (DPSM) do *Hospital Distrital de Bragança* integrou todas as valências que compunham o CSM. Tal como nos restantes centros nacionais, esta transformação implicou a perda de autonomia financeira e com ela de funcionários, bens físicos e numerário.

Porém, os ganhos na assistência médica aos doentes foram vários: a colaboração com as diversas especialidades hospitalares foi oficializada e tornou-se mais regular, facilitou-se o acesso aos meios de diagnósticos já presentes no hospital distrital, e passou a haver urgência de psiquiatria, integrada na Urgência Geral.

Estas mudanças contribuíram não só para facilitar os cuidados médicos aos doentes com patologia psiquiátrica, mas também para diminuir o peso do estigma associado à doença mental, fragilizando a barreira existente entre a doença orgânica e psíquica.

Salientamos que, volvidos todos estes anos, o nosso DPSM mantém a sua própria Secretaria, assim como a posse dos antigos processos físicos dos doentes.

Gradualmente, ao longo da década seguinte, o DPSM recebeu novos profissionais e novas áreas de intervenção. Em 1995, a Sra. Dra. Conceição Cardoso, recém-especialista do *Hospital Sobral Cid* iniciou funções como Psiquiatra, assim como a Sra. Dra. Elisa Vieira, recém-especialista do *Hospital Maria Pia*, que inaugurou a consulta de Pedopsiquiatria.

Referimos aqui os médicos especialistas que se mantêm até hoje em funções. Porém gostaríamos de citar os outros colegas que, ao longo destes anos, contribuíram para o desenvolvimento dos serviços de psiquiatria no nosso distrito, através das suas funções: Senhores Dr. Rebolo, Dr. Vicente, Dr. Patrício, Dr. Eduardo Sousa, Dr. Camilo Santos, Dr. Alvarez Cutrin e as Senhoras. Dra. Helena, Sra. Dra. Manuela Fraga e Dra. Isabel Mota.

Num passado recente, assistimos a algumas alterações à gestão hospitalar da maioria das instituições públicas nacionais. Nesta sequência, em 2002², o *Hospital Distrital de Bragança* foi transformado em Sociedade Anónima – *Hospital Distrital de Bragança, S.A.*

Em 2005³ procedeu-se à fusão e empresarialização da administração e gestão das três unidades hospitalares do distrito - *Hospital Distrital de Bragança, Hospital de Macedo*

¹ D.L. nº 127/92, de 3 de Julho, do Ministério da Saúde.

² Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro “Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar...”

³ D.L. nº 93/2005, de 7 de Junho “(...) transformação em entidades públicas empresariais das sociedades anónimas”

de Cavaleiros e Hospital de Mirandela – criando o Centro Hospitalar do Nordeste, EPE (CHNE).

Esta junção das principais unidades assistenciais do distrito inaugurou o Processo Clínico partilhado e facilitou a colaboração entre as especialidades e o estabelecimento de protocolos de colaboração.

A prática da consulta de psiquiatria em cada uma das unidades foi reforçada e mantida até hoje. Apesar do Serviço de Internamento e Consulta Externa de Psiquiatria se localizarem na Unidade Hospitalar de Bragança, mantêm-se até hoje as consultas semanais nas Unidades Hospitalares de Macedo de Cavaleiros ou de Mirandela.

A última grande alteração organizativa deu-se em 2011¹ com o nascimento da *Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE*, resultante da fusão do CHNE e do ACES Nordeste. Esta nova entidade empresarial passou a agrupar a gestão dos cuidados de saúde primários e hospitalares.

A integração dos catorze centros de saúde distritais, semelhante à dos centros de saúde mental nos hospitais distritais em 1992, intensificou a cooperação entre as unidades, sentida sobretudo através do acesso informático e partilhado aos dois processos clínicos dos doentes.

Actualmente, o nosso DPSM compõem-se de um Serviço de Internamento de Agudos misto, com capacidade para 28 camas e da *Unidade de Doenças de Evolução Prolongada*² (UDEP) com lotação para 50 doentes.

Cada um destes espaços de internamento dispõe da sua própria equipa de enfermagem. Na UDEP, os doentes hoje em dia têm ao seu dispor algumas actividades ocupacionais e lúdicas. Infelizmente, a escassez de recursos financeiros e humanos não permite levar a cabo um programa direccionado para a reabilitação cognitiva e terapia ocupacional, como seria desejável neste âmbito.

Também este défice está na origem da cessação de funções do *Hospital de Dia* e da então *Unidade de Ergoterapia*.

Adjacentemente à UDEP, foram construídas duas Unidades de Vida Autónoma (UVA), no âmbito de um protocolo de cooperação transfronteiriça com o Serviço de Psiquiatria do *Complejo Asistencial de Zamora*, não estando, porém, em funcionamento.

A consulta externa do DPSM providencia consultas de Psiquiatria, Pedopsiquiatria e Psicologia Clínica. O corpo médico é composto por quatro médicos psiquiatras, Sr. Dr. Machado Rodrigues, Sr. Dr. Virgílio Palma, Sra. Dra. Conceição Cardoso, Sr. Dr. Bruno Coutinho, uma médica psiquiatra da infância e adolescência Sra. Dra. Elisa Vieira, e duas psicólogas, Sra. Dra. Maria Zita Lopes e Sra. Dra. Ana Rita Asseiro.

Em 2014, foi atribuído ao DPSM a Idoneidade Parcial e Capacidade Formativa para um Interno de Psiquiatria, tendo começado a receber internos de psiquiatria nesse mesmo ano.

¹ D.L. nº 67/2011, de 2 de Junho “Unidade Local de Saúde do Nordeste, E. P. E. (ULS do Nordeste, E. P. E.), por integração do Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E. (CHNE), e do Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I — Nordeste (ACES Nordeste)”

² Nova denominação do *Centro de Recuperação de Doenças de Evolução Prolongada*, localizado na *Quinta da Tranjinha*.

Conclusões

Não poderíamos estudar a história desta instituição sem entender as mudanças ocorridas na sociedade, na política e na medicina ao longo das últimas décadas. Porém cingimo-nos àquelas que nos pareceram relevantes para este estudo.

Enquadrando-se na história da psiquiatria mundial, também neste distrito a assistência psiquiátrica evoluiu lentamente e foi marcada pelas mesmas alterações e resistências.

Um levantamento de todos os acontecimentos ocorridos é difícil de levar a cabo, dada a escassez de informação local, especialmente respeitante ao interior norte do país nos meados do século XX, pelo que nos baseámos na informação gentilmente cedida por antigos e ainda actuais funcionários desta casa.

Ressaltamos que, apesar da incomparabilidade das atuais vias de comunicação às de 50 anos atrás, deparamo-nos com os mesmos problemas para a prática da assistência psiquiátrica: a falta de recursos, preço da interioridade, e os recursos financeiros para a saúde mental, transversalmente parcos ao longo dos anos.

Fontes e bibliografia

FERREIRA Loide [et al]. – “Perspectiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental”. Psilogos. Volume 3, Número 1 (2006) páginas 61-70

JARA, José Manuel – “Percurso Introdutório”. In GOMES, Bernardino António – Dos Estabelecimentos de Alienados nos Principais Estados da Europa. Lisboa; Ed. Ulmeiro, 1999. páginas V-XVI

PEREIRA, Ana Leonor – “A Institucionalização da loucura em Portugal”. Revista Crítica de Ciências Sociais. Número 21 (1986) páginas 85-100

SOARES, Maria Isabel – “A Reforma dos Serviços de Assistência Psiquiátrica”. Pensar Enfermagem. Volume 12, Nº2 (2008) páginas 35-51

SOUSA, Fernando – “Memórias de Bragança”. Bragança: Ed. Câmara Municipal de Bragança, 2012

Agradecimentos

Agradecemos a todos os profissionais que viveram esta história e que amavelmente acederam a partilhar connosco as suas memórias. Só foi possível elaborar esta retrospectiva graças ao seu voluntário testemunho.

Um especial obrigado ao Sr. Dr. Virgílio Palma, que nesta nova caminhada que é a Psiquiatria, incentiva a pesquisa histórica e o conhecimento dos factos que contribuíram para a realidade que hoje conhecemos.

OS IRMÃOS D' ABRANCHES BIZARRO: PIONEIROS DA ESTATÍSTICA PSIQUIÁTRICA E MÉDICA EM PORTUGAL

**Nuno Borja Santos¹; Marta Lages²; Sara Castro²;
Miguel Palma²; Márcia Sequeira²; Amélia Lérias³**

¹Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
Médico psiquiatra

²Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
Médica(o) interna(o) de Psiquiatria

³Hospital de S. José
Médica psiquiatra

Email:n.borja.santos@gmail.com

Resumo

Introdução: pretende-se com este trabalho realçar a importância que os médicos e irmãos, Joaquim Pedro Bizarro e Clemente Joaquim Bizarro, tiveram na introdução pensamento estatístico na medicina e psiquiatria portuguesa do século XIX.

Vida e obra dos dois autores: após breves notas biográficas sobre os dois autores, apresentam-se os principais trabalhos de ambos, com relevância para o pensamento médico-estatístico do Portugal oitocentista, saído das lutas liberais e de cultura francófona. Destacam-se os seminais artigos de J. P. Bizarro (1837 e 1838) acerca do levantamento de dados estatísticos das enfermarias de alienados do Hospital de São José, comparando-se a sua casuística com a de J.-E. Esquirol. É também realçado o número de artigos de Clemente Joaquim em que é proeminente o vector estatístico.

Conclusões: tem sido subestimada a relevância destes dois autores no dealbar do pensamento médico-estatístico nacional. Ainda que as suas obras tenham tido pouca continuidade temporal, sendo apenas retomada, a espaços, por outros autores, até final do século XIX, é inegável a sua inovação científica, a par com o então praticado em França, país do nascimento da estatística para a ciência.

Abstract

The d'Abranches Bizarro Brothers: Pioneers of Psychiatry and Medical Statistics in Portugal

Introduction: With this works, the authors aim to highlight the importance of two sibling doctors – Joaquim Pedro Bizarro and Clemente Joaquim Bizarro – on the introduction of statistical thinking in the Portuguese medicine and psychiatry of the 19th century.

Life and work: after some brief biographical remarks, we present the major accomplishments of these two authors, stressing their relevance for medical and statistical thinking in Portugal at that time, withdrawn from the recent left Liberal Wars and with its roots in francophone culture. Noteworthy are the seminal articles of JP Bizarro (1837 and 1838) on statistical data from the wards for the insane in Hospital de São José, whose results we after compare with the ones obtained by J.-E. Esquirol in his series. Finally we highlight a number of Clemente Joaquim's articles with a prominent statistical bent.

Conclusions: the relevance of these two authors in the rise of a national health-related statistical thinking has been recurrently underestimated. Although their works had little temporal continuity (being resumed, at times, by others, until the late 19th century), its scientific innovation is undeniable, according to what was, then, the current practice in France, birth country of statistics for science.

Introdução

Durante o século XIX, o Hospital S. José teve dois irmãos médicos cuja importância na história da medicina portuguesa tem sido injustamente esquecida. Trata-se de Joaquim Pedro e Clemente Joaquim d' Abranches Bizarro, ambos cirurgiões.

Joaquim Pedro D' Abranches Bizarro (1805-1860) nasceu em local desconhecido. Licenciou-se em Coimbra e durante a sua passagem pelas enfermarias de alienados do Hospital S. José, publicou, em 1837 e 1838, dois seminiais artigos sobre a estatística daquela população, após o que prosseguiu a sua carreira de cirurgião.

O seu irmão Clemente Joaquim nasceu em local e data desconhecidos, embora provavelmente cerca de 1805, pois o seu ano de formatura - pela Escola Cirúrgica do Hospital de S. José - foi 1828. Integrou o corpo redactorial do *Jornal da Sociedade das Ciências Medicas de Lisboa*, em 1838 e nos números desse ano e de anteriores, publicou vários artigos de índole estatística. Seria deportado para Angola.

Discussão

Os alienados em Portugal no início do século XIX

No dealbar do século XIX, Portugal encontrava-se muito atrasado em termos da integração legal e terapêutica dos seus alienados. Estes tinham como destino a reclusão em cadeias ou, na melhor das situações, em hospitais gerais, como o Hospital de S. José, em Lisboa e o Hospital de St.º António, no Porto. (Sena, 2003)

O espírito iluminista influenciado pela independência dos Estados Unidos e pela revolução francesa acabaria por chegar a Portugal, com a conseqüente implementação das ideias liberais, embora Sena realce também a importância da reforma luterana. (Sena, 2003) As transformações na psiquiatria francesa, com a abertura dos novos asilos e integração dos doentes mentais no sistema médico acabariam também por influenciar alguns clínicos portugueses, começando a ser pensada, por alguns destes, a necessidade de construção de hospitais psiquiátricos. Entretanto, Joaquim Pedro Bizarro, médico, no Hospital S. José foi responsável por duas enfermarias de alienados (S. Teotónio para homens e St.ª Eufémia para mulheres) que aí funcionavam desde 1818¹. Assim, reflectiam já a ideia de que o alienado era um doente e, portanto, alvo de tratamento médico. No entanto, além disso, J. P. Bizarro, almejando certamente palmilhar o mesmo caminho da ciência francesa que então se fazia dotar da arma estatística, produziu um levantamento de dados, entre 1835 e 1838, respeitante àquelas enfermarias e que publicou, no sentido de compreender as necessidades do país nessa área, para a qual também defendeu a abertura da medicina portuguesa. Estas publicações ocorreram em 1837 (em que se mostram os dados correspondentes ao período de 6 de Julho de 1835 a 6 de Julho de 1837) e 1838 (respeitante ao mesmo intervalo, entre 1837 e 1838), no *Jornal da Sociedade das Ciências Medicas de Lisboa*.

¹ Correspondiam, respectivamente, ao actual espaço do serviço de urgência e ao do andar superior.

Curiosamente, este periódico nasce em 1835, um ano após o termo da guerra civil que trouxe a vitória dos liberais, também influenciados pelo espírito iluminista da ciência francesa, como referimos, imbuída do novo pensamento estatístico. Acompanha, aliás, o surgimento da imprensa científica em Portugal verificado nesse período, herdeiro da tradição das Luzes. É até de referir que alguns membros da Sociedade tinham-se exilado após 1823, na sequência do golpe absolutista, tendo regressado, em 1835, após a vitória liberal. (Torres Pereira, 2006)

O intuito de J. P. Bizarro, ao querer implementar serviços de assistência aos alienados, para o que visava contribuir com os seus levantamentos estatísticos, insere-se também no espírito oitocentista de vocação social da investigação científica. (Lopes, 1993) Aliás, Clemente Joaquim publicou uma dissertação, em 1836, no mesmo periódico, em que se mostra partidário do novo regime, pois refere-se ao “Imortal D. PEDRO e à sua vitória sobre o despotismo”. Elogia a nação francesa por, ao fim de tantas guerras, os seus cidadãos se terem unido para construir um país melhor. A propósito da falta de assistência médica, aponta ainda a necessidade de instituições próprias para alienados (prevendo que os afectos de diferentes patologias possam, segundo elas, estar divididos), bem como de estabelecimentos próprios para crianças (pois a estatística mostra a sua elevada taxa de mortalidade). Condena depois o ensino jesuítico que domina o sistema educativo nacional e lamenta a falta de médicos no país, não deixando de louvar as aspirações à prosperidade que, em seu entender, depende de uma “legislação fundada em princípios de igualdade”. (Bizarro, C. J. 1836, p. 263-272)

J. P. Bizarro notabilizou-se não só pela actualização nosográfica (com a elaboração de diagnósticos mais rigorosos, em que já adoptava a classificação francesa de Esquirol¹) como também por tentar melhorar as condições dos alienados. A sua dedicação à estatística deu-lhe provavelmente a convicção de que as sangrias eram inúteis, pois alguns estudos franceses, comprovavam-no. Os registos da sua actividade cessaram em 1838, por ter transitado para cirurgia (as enfermarias de alienados estavam entregues a médicos jovens, que ali faziam o seu estágio antes de se dedicarem a uma especialidade definitiva). Contudo, só viria a fazer mais uma publicação, a tradução da primeira parte de um tratado de farmácia de um autor francês. Tornar-se-ia Lente de cirurgia na Escola Médico-cirúrgica de Lisboa. Morreu em 1860 de uma infecção pulmonar.

Nota importante para compreender o seu interesse pela psiquiatria, é a formação de J. P. Bizarro em cirurgia, tal como Bernardino António Gomes, que viria também a ser um dos pioneiros da luta pela implementação de serviços de assistência aos alienados. Este detalhe reveste-se de importância já que a cirurgia e a psiquiatria, nasceram mais como disciplinas do que como especialidades médicas, visto o *mainstream* dos seus conhecimentos se situar *a latere* do saber médico de então, situação que ainda hoje se mantém parcialmente. O mesmo, aliás, pode ter ocorrido com a infecciologia que, com a vacinação, divergira também do pensamento médico tradicional. Estes três ramos necessitavam portanto de uma ancoragem (que no caso relevou da estatística), resultante da sua fundação ateorica.

¹ O tratado mais conhecido de Esquirol data de 1838, sendo que os artigos de J. P. Bizarro são desse ano e do anterior. Como já utiliza o conceito de monomania, que o autor francês introduzira por volta de 1812, (Goldstein, p. 268) constata-se que já conhecia anteriores publicações de Esquirol.

Os artigos do *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*

São de Abril de 1837 e Julho de 1838 os trabalhos de J. P. Bizarro sobre a estatística psiquiátrica das enfermarias que dirigia no Hospital de S. José. Além desses, analisaremos detalhadamente os artigos publicados entre 1835 e 1840, no sentido de verificar se tanto na psiquiatria como em outras especialidades, se reflecte a mesma preocupação.

No primeiro artigo, “Estatística médica das enfermarias de alienados no Hospital de S. José desde 6 de Julho de 1835 a 6 de Julho de 1836 e desde 6 de Julho de 1836 a 6 de Julho de 1837”, J. P. Bizarro justifica a sua dedicação ao tema, pelo seu interesse particular e por um contributo à ciência. Homenageia o seu antecessor, Simão José Fernandes (1743-1845) e reconhece que falharam as modificações que ambos projectaram, no sentido de melhorar as enfermarias ou preferencialmente de construir um novo edificio para o efeito. O início do estudo, a 6 de Julho de 1835, coincide com o dia em que o autor começou a exercer funções de chefia nessas enfermarias, o que mostra que a atracção pela estatística era já anterior, pois o autor já inicia o mandato com esse projecto pensado, que provavelmente architectou enquanto aí trabalhava como subordinado do anterior director.

O número de doentes que encontrou, ao iniciar funções, foi de 187 (100 homens e 87 mulheres, separados em duas enfermarias), que agrupou por estado civil (solteiros, casados e viúvos), condição evolutiva (falecimentos e altas) e nosografia (mania, monomania, idiotia e demência, segundo a classificação de Esquirol, acrescentando ainda a categoria dos não classificados), resultados que apresenta em tabelas. Repete os mesmos quadros para os doentes que permaneceram no último dia do estudo (98, sendo 55 homens e 43 mulheres). Mostra ainda mais duas tabelas (uma para um dos anos em estudo), em que dá a conhecer as idades dos falecidos.

Compara depois os números de mortalidade com os de Pinel, concluindo pela sua semelhança, apesar das piores condições das enfermarias por si dirigidas. Refere dar o dobro das altas em relação aos doentes que aquele autor considera curados (admitindo a diferença de critérios, assim como o facto de as dar, por vezes, a pedido dos familiares). Regressa depois ao tema da mortalidade para afirmar que os números de Esquirol apontam números inferiores (sem quantificar), reconhecendo que, neste particular, pôde contar a maior qualidade das instalações de Charenton. Afirma, também, diferir a metodologia das admissões, com desvantagem para a situação do Hospital de S. José, em que a história clínica não é, logo aí, apurada, atrasando a formulação diagnóstica. Relacionando ainda a maior mortalidade com as más condições das enfermarias, sublinha que nas enfermarias femininas, onde há piores condições físicas, a mortalidade é maior que nas masculinas.

Aponta a dificuldade do diagnóstico (daí que nomeie alguns casos como não classificados), embora sem especificar se aquela se prende com escolhos técnicos ou científicos. Refere-se às principais categorias que escolheu (acima mencionadas), não destacando, porém, a sua proveniência teórica.

A propósito da terapêutica admite a complexidade da mesma (quer se trate de tratamento moral quer físico), devido a sobrelotação e às más condições das enfermarias. Reputa de inúteis as sangrias, concedendo todavia, que no passado, já rejeitou de forma mais tenaz esta terapêutica, mas que voltou a praticá-la até pela necessidade de a excluir (formulação que não deixaria de ser subscrita por Popper).

Relata o uso de purgantes, emulsões antiespasmódicas, bebidas ácidas, digitalis e banhos a diferentes temperaturas, terapêuticas que regula de acordo com o estado do doente. Diz almejar o ensaio de outros métodos, o que crê impraticável pelas deficientes condições logísticas.

No fim do artigo, anuncia um levantamento mais completo, no sentido de indicar o tempo de internamento, o diagnóstico, a idade, o estado civil, a naturalidade, a residência e a ocupação e que espera, no futuro, publicá-la. Mostra ainda uma tabela em que se dá conta do número de internados, por cada ano, de 1824 a 1836, que perfaz, no total, 2879 (1663 homens e 1216 mulheres). (Bizarro, J. P., 1837a)

J. P. Bizarro publicou, ainda no 2o semestre de 1837, “Considerações sobre o melhor modo de se poder estabelecer um hospício de alienados”, em que defende a construção de raiz de um hospício para doentes mentais, devido às más condições dos edifícios então existentes. Julga mesmo que a nova instituição testemunharia, para o futuro, o acompanhamento, por parte dos portugueses, do evoluir da ciência. Propõe uma lotação de, “pelo menos, 300 doentes”, calculando até as despesas que este investimento traria para a Fazenda Pública. (Bizarro, J. P., 1837b)

O mesmo tipo de levantamento efectuado para o ano seguinte, isto é de 6 de Julho de 1837 a 6 de Julho de 1838, vem publicado num número do 2º semestre de 1838. O tipo de arrumação dos dados apurados não difere substancialmente dos referentes aos dois anos anteriores, que aliás são repetidos, com ligeiras alterações. O autor justifica-as com ligeiras correcções que efectuou, por a primeira apresentação enfermar de alguns erros.

No final das tabelas resume aquilo que considera os principais dados, a saber, as proporções dos falecimentos e das altas. Regozija-se por os resultados do 3º ano mostrarem melhorias, em relação aos dos dois primeiros. Refere ainda que o trabalho das tabelas não está completo, nem mesmo na forma, devido a incompatibilidades técnicas com a impressão do jornal. (Bizarro, J. P., 1838) Não existe, contudo, a retirada de quaisquer conclusões resultantes dos dados obtidos ou do seu cruzamento, nem qualquer alusão aos projectos que anunciara no ano anterior, desinteresse que – podemos especular – talvez se devesse a já saber do sua mudança para a cirurgia.

De facto, o trabalho de 1837 é também substancialmente mais rico pela análise que Bizarro faz dos dados apurados. Temos, em primeiro lugar, a identificação burocrática da população estudada (idade, estado civil), diagnósticos (segundo a classificação de Esquirol) e, depois, a sua evolução clínica, ainda que em termos mais grosseiros (falecimentos e altas, sem referir melhoras ou não). Neste último aspecto é aliás patente o seu esforço de actualização, por já considerar, como referimos, o diagnóstico de monomania.

No entanto, a sua casuística difere da do autor francês (quadros I e II), já que valoriza menos a monomania, como viria a ser tendência dominante, em termos nacionais e internacionais, na segunda parte do século XIX, em que cai progressivamente a frequência deste diagnóstico.

Não deixa igualmente de inovar na interpretação que estabelece de vários dados, nomeadamente na ligação entre o maior número de falecimentos relativamente a Charenton e as melhores condições logísticas e científicas deste hospício. Alguns dados aparentemente mais favoráveis são postos em causa, como por exemplo, quando reconhece que as suas altas não significam necessariamente curas ou quando admite a dificuldade do diagnóstico.

Também o seu irmão, Clemente Joaquim Bizarro publicou, no mesmo periódico, entre 1836 e 1838, quatro artigos originais em que mostra preocupações epidemiológicas (em relação à cólera e a patologias de crianças asiladas), bem como diagnósticas e terapêuticas (relativas à escrófula e à tinha).

Em relação às traduções de artigos estrangeiros, ao longo daqueles dois anos de actividade no periódico, C. J. Bizarro foi responsável por mais quatro trabalhos, sendo que, assim, foi responsável, na totalidade por oito. Não são, no entanto, tecnicamente tão evoluídos, do ponto de vista da utilização da ferramenta estatística como os do seu irmão. Tendo em conta, contudo, que seis restantes autores publicaram no total nove do mesmo teor (sendo um, tradução), não temos dúvidas em considerar que os irmãos D' Abranches Bizarro, foram pioneiros – como veremos, sem continuidade - no pensamento médico-estatístico em Portugal. No entanto, e dada a elegância dos trabalhos de J. P. Bizarro, cumpre realçar que, tal como em França com Pinel (como referiu Canguilhem), também em Portugal, foi a psiquiatria a liderar a medicina no pensar estatístico.

Porém, em 1839 e 1840, não há qualquer artigo publicado pelos dois autores, se bem que numa listagem dos membros efectivos da sociedade, o nome de Clemente Joaquim, continue a constar, bem como transcrições de algumas alocações suas em actas das reuniões da direcção e assinaturas do próprio, como 2º secretário, no final das mesmas, actividade que cessa a partir do 2º semestre de 1839.

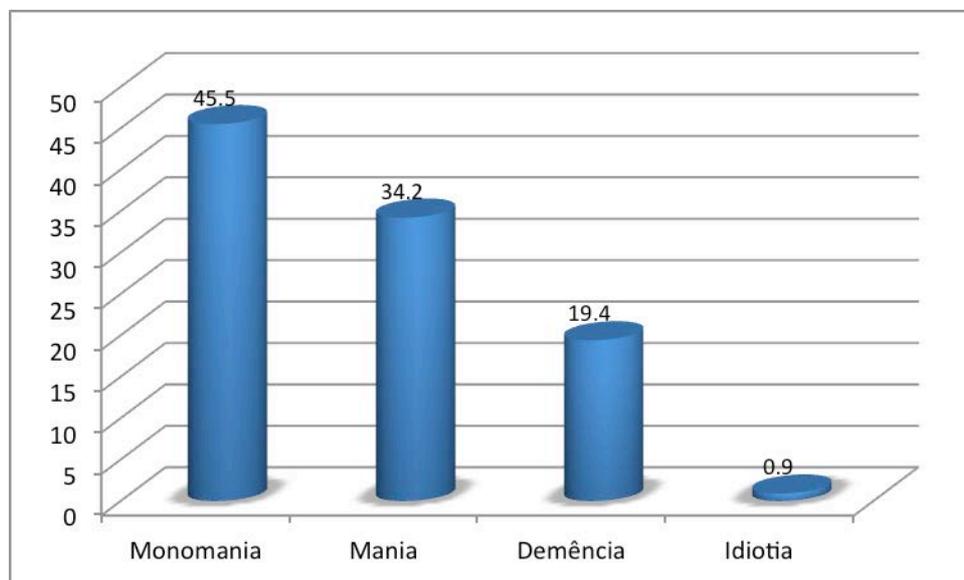
Os números desses anos mostram um preenchimento cada vez maior do espaço da revista com mensagens de circunstância (por exemplo, discursos de entidades várias) e notícias burocratizantes (como as referidas transcrições) em detrimento de artigos de cariz científico. Dentro destes, caiu, ainda mais a frequência de artigos de conteúdo estatístico, resumindo o número a apenas dois (sendo um, tradução de artigo estrangeiro). Há a registar a publicação de mais algumas tabelas de casuística hospitalar mas desprovidas de qualquer reflexão teórica subsequente e, por vezes até, da autoria das mesmas.

Clemente Joaquim seria depois transferido para Angola, provavelmente devido a actos de indisciplina que terão ocorrido como assistente de uma cadeira na Escola Politécnica de Lisboa. Aí morreu, em 1845, tendo-se destacado como curador de escravos libertos (era anti-esclavagista), mas também por ter sido um dos pioneiros da fotografia naquele território, salientando-se por tirar um retrato a Babolla, princesa da Huíla, de que se encontra uma litografia na Biblioteca Nacional (considerada a primeira fotografia efectuada em Angola). Possuía também dotes para a prática do desenho, pois num artigo de outro autor (“Emprego terapêutico da cravagem de centeio”) publicou, em 1836, um desenho de espigas de trigo com grãos de cravagem.

Conclusões

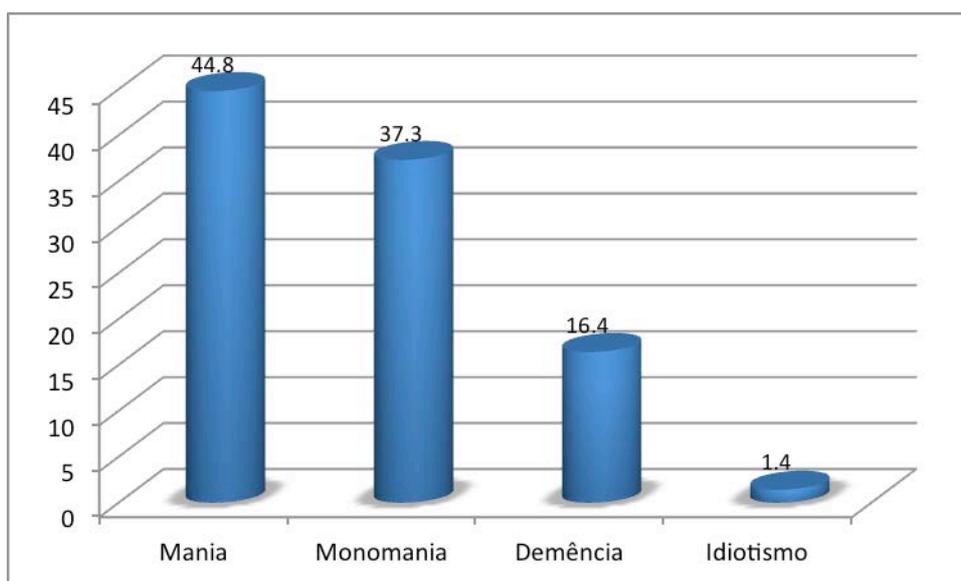
Não deixa, contudo, de ser curioso que apesar de Joaquim Pedro ter escrito os artigos mais inovadores no campo da estatística médica, a sua actividade escrita quase cessou após 1838. Retractado numa pintura a óleo (em princípio, na Faculdade de Medicina de Lisboa, mas em parte incerta) e da sua actividade como professor universitário, passou à história (referido, por exemplo por António Sena e Barahona Fernandes) apenas como “Dr. Bizarro”. O seu irmão, Clemente Joaquim, não obstante a sua morte precoce, até pelo seu empenho noutras actividades ganhou mais projecção, em termos culturais. Na

Enciclopédia Luso-Brasileira publicada entre 1936 e 1960, apenas o segundo merece uma entrada. Reina, porém, na historiografia, alguma desorientação na destrição das obras de ambos, tendo até a mesma, por vezes, uma dupla atribuição, como sucede no arquivo da Biblioteca Nacional.



Diagnóstico	N
Monomania	426
Mania	320
Demência	182
Idiotia	8
Total	936

Tabela I - Casuística de Esquirol em porcentagem e valores absolutos (1829-1833)



Diagnóstico	n
Mania	161
Monomania	134
Demência	59
Idiotia	5
Total	359

Tabela II – Casuística de Bizarro em percentagem e valores absolutos (1835-1838)

Bibliografia:

BIZARRO, C. J. — “Fragmento para a história estatística da Epidemia de Cholera Morbus que em Lisboa grassou no anno de 1832”. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*. 3 (1836) 103-114.

BIZARRO, J. P. — “Estatística médica das enfermarias d’ alienados de ambos os sexos no Hospital de S. José de Lisboa nos dois annos desde 6 de Julho 1835 a 6 de Julho de 1836 (1º anno) e desde 6 de Julho de 1836 a 6 de Julho de 1837 (2º anno)”. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*. 6 (1837^a) 201-225.

BIZARRO, J. P. — “Considerações sobre o melhor modo de se poder estabelecer um Hospício de Alienados”. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*. 6 (1837^b) 257-266.

BIZARRO, J. P. — “Estatística médica das enfermarias d’ alienados de ambos os sexos no Hospital de S. José de Lisboa nos dois annos desde 6 de Julho 1837 a 6 de Julho de 1838 (3º anno)”. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*. 8 (1838) 4-19.

GOLDSTEIN, J. E. — *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. Chicago: The Chicago University Press, 2001.

LOPES, M. A. — “Os Pobres e a Assistência Pública”. In: Mattoso, J. (Dir.) *História de Portugal*. Vol. 5. Lisboa: Círculo de Leitores, 1993. p. 501-515.

SENA, A. M. — Os Alienados em Portugal. História e Estatística. Lisboa: Portugal. Ulmeiro, 2003.

TORRES PEREIRA, A. — Silveira Botelho, L., Soares, J. A Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa e os seus presidentes (1835-2006). Maia: Fundação Oriente, 2006.

“DE LA MUJER IDEAL A LA LOCA: PSIQUIATRÍA, LOCURA Y GÉNERO EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX EN ESPAÑA”

Celia García Díaz

Servicio Andaluz de Salud

Psiquiatra

Email:ccgdd25@hotmail.com

Resumen

Michel Foucault planteó sus teorías en torno a las sociedades de control y los manicomios, que funcionaron desde lo coercitivo para separar lo aceptable socialmente de lo no aceptable. El discurso psiquiátrico apareció como catalizador de las lógicas de inclusión-exclusión sociales influyendo notablemente en el diseño de una nueva feminidad, alejada del peligro del feminismo que comenzaba a ganar protagonismo. Una delgada línea separaba a las mujeres ideales de las locas que terminaban sus días en el manicomio. Señalaré que actitudes y atributos fueron vistos como síntomas psiquiátricos para las mujeres, como las teorías feministas apoyan. Para ello, baso mi investigación en historias clínicas del Hospital de la Beneficencia de Málaga, durante las primeras décadas del siglo XX.

Palabras clave: género, mujeres, psiquiatría, subjetividades, subalternidades, resistencias.

Introducción

Virginia Woolf en “Una habitación propia” se preguntaba sobre la independencia de las mujeres, y apelaba a una Historia completa, que no dejara atrás la experiencia y vivencias silenciadas de las mismas. Sin embargo, es este silencio el que nos lleva a problematizar su invisibilización. Las investigadoras/investigadores feministas que durante las últimas décadas del siglo XX y principios del XXI, han logrado aumentar la producción científica de trabajos sobre historia de mujeres tratan de reconquistar ese espacio en la historia. La tarea de visibilizar a las mujeres-locas olvidadas es el objetivo de mi trabajo, en el sentido de poder darles una voz a aquellas que murieron atrapadas tras los muros de instituciones psiquiátricas, por diferentes motivos. Las relaciones de género han sido y son argumentos utilizados por el pensamiento hegemónico para crear situaciones de desigualdad, y cristalizaron en discursos de poder generizados, que hay que deconstruir y problematizar.

Discusión

El movimiento feminista en España, tuvo su apogeo en las décadas 20 y 30 del siglo XX. Sin embargo, desde el siglo XIX las mujeres, tanto ilustradas como obreras, iniciaron la lucha feminista, muchas de ellas desde las propias fábricas de la era industrial¹. Muchos intelectuales de la época, se sintieron amenazados frente al envite de las mujeres, pensaron que perderían puestos de poder, y trabajo, que tendrían que compartir. Debido a esta situación, y los antecedentes de obras misóginas como la de

¹ Para ampliar sobre el movimiento feminista obrero en España ver MUIÑA, Ana — Rebeldes periféricas del siglo XIX, La linterna sorda. Madrid. 2008.

Moebius “*La inferioridad mental de la mujer*” y Otto Wenninger con “*Sexo y carácter*”, se comenzó a estructurar todo un discurso en torno a las limitaciones de la mujer para acceder a la educación y puestos de responsabilidad. Fue fundamental el uso de una ciencia muy concreta, en la que los argumentos naturalistas eran el eje central de las tesis sobre la inferioridad del sexo opuesto. El esencialismo y el naturalismo, apoyados por la ginecología y la endocrinología, revistieron el discurso de un cientifismo que no diera lugar a la crítica.

Hubo entonces una radicalización en los ambientes intelectuales de la época, con la finalidad de deslegitimar y desprestigiar a las mujeres que habían emprendido este camino. La mujer pasó del ideal romántico del siglo XVIII, a convertirse en el elemento sobre el que pivotó el desarrollo de ciencias como la psiquiatría, el psicoanálisis, la endocrinología y la ginecología: objeto de estudio y cuerpo sobre el que se terminó ejerciendo la violencia de instituciones de reclusión, como el manicomio.

La psiquiatría encontró justificaciones desde teorías biológicas que sentaron las bases de construcciones ideológicas a cerca de la inferioridad mental de la mujer. En este sentido, la frenología, aportó datos sobre las diferencias entre el cerebro masculino y femenino, en cuanto a peso, medidas, y profundidad de los surcos de las circunvoluciones cerebrales. Por tanto, el dimorfismo cerebral facilitó todos estos datos, que serían interpretados como la menor capacidad intelectual de la mujer. La teoría de la degeneración también contribuyó a éste ideal ya que asemejaba a la mujer con los niños, como una etapa dentro de la evolución inferior al hombre, y donde se asociaba la mayor emotividad del sexo femenino con un menor desarrollo intelectual.

Por otro lado, especialidades como la ginecología y la endocrinología sirvieron para reforzar y perpetuar este estereotipo de género, que ya se venía fraguando desde el siglo XIX. El cuidado de la salud sexual de las mujeres, y la asistencia a los partos estaba tradicionalmente en manos de mujeres, que usaban el saber popular. Cuando se comienza a vislumbrar que el control del cuerpo de las mujeres es necesario, para controlar también su papel en la sociedad, comienza a desarrollarse la ginecología, con acceso a estas formaciones por parte de hombres, que se sitúan en la posición de sabiduría frente al abordaje tradicional de partos y enfermedades sexuales de las mujeres.

Ante la necesidad apremiante de buscar un sustrato anatomopatológico dentro de la psiquiatría, inmersa en la etapa positivista, el cuerpo de la mujer emergió como puente entre la locura y la cordura: si la mujer enloquecía por alteraciones en su aparato genital, la solución era tratar éstos, para que la mujer pudiera recuperar su cordura. Todo esto también estuvo relacionado con la aparición de las teorías psicoanalíticas. Así, se desarrollaron gran cantidad de diagnósticos como la psicosis puerperal, psicosis de la involución, síndromes premenstruales y locuras transitorias, histerismo, el útero infantil, entre otras; en las historias clínicas era fundamental la exploración sobre las menstruaciones, partos, y problemas ginecológicos asociados; y las terapéuticas estaban orientadas en gran medida, a tratar el aparato genital, ya fuera con baños, cauterizaciones vulvares, y con medidas más extremas como extirpaciones de útero y anejos (ovarios y trompas de Falopio).

Roberto Novoa Santos, médico gallego de gran prestigio que ejerció durante las primeras décadas del siglo XX, contribuyó a señalar la inferioridad mental de la mujer de una forma clara, y además difundió sus ideas por todo el país, e incluso en algunos

lugares como La Habana, Cuba, donde encontró un foro de mujeres feministas que rebatieron sus teorías, y tuvo, finalmente, que hacer correcciones. Basándose en la Teoría de la Recapitulación, afirmaba que «*Anatómica y psicológicamente, el cerebro de la hembra humana está, en general, entre el de la bestia y el del macho*». Defendía que la deficiencia de compuestos arsenicales justificaba la menor inteligencia y que las mujeres tenían menos pelo; y la mayor sensibilidad olfatoria, era un signo de la inferioridad mental de la mujer. Llegó a escribir una obra titulada “La indigencia espiritual del sexo femenino”. Sin embargo, tras sus palabras se podía dejar entrever ese sentimiento de amenaza frente a mujeres que habían alcanzado estudios superiores, que incluso eran médicos como él, y que podían rebatir sus misóginas argumentaciones. Se mostraba muy optimista porque, a principios del S. XX aún no se había demostrado que el cerebro masculino y el femenino tuvieran una estructura semejante y señalaba “*Mientras no llegue ese venturoso día, durmamos tranquilos*»¹.

A finales del S. XIX y principios del XX se sucedieron varios acontecimientos importantes que dieron lugar a lo que ha sido denominado por autoras feministas como “La crisis del ideal femenino”. Tras la Primera Guerra Mundial, la incorporación de mujeres a puestos de trabajo ocupados tradicionalmente por hombres fue masiva, debido a la necesidad del mercado laboral por las bajas de hombres en el frente. Todo esto evidenció la capacidad de trabajo de la mujer, en contra de lo que estas teorías estaban postulando².

En España, el movimiento feminista comienza a estructurarse en la década de los 20-30, con participación tanto de mujeres obreras que ya llevaban una larga historia de lucha en las fábricas durante la industrialización, como de mujeres burguesas. De hecho, hubo una incorporación masiva de las mismas a la vida política española, mujeres con ideología socialista y anarquista, que llegaron a ocupar puestos de gran responsabilidad durante la Segunda República Española, como Clara Campoamor, Federica Montseny, Victoria Kent y Margarita Nelken. Entre ellas, surgieron diferencias en cuanto a la viabilidad del voto femenino ya que pensaban que era prioritario que las mujeres pudieran acceder a una educación reglada, de lo contrario, guiarían su voto por el marido o por el cura. Finalmente, las mujeres españolas pudieron ejercer su derecho al voto por primera vez en noviembre de 1933.

El cambio de las mujeres estaba en marcha, ya no eran válidos los argumentos sobre la inferioridad mental de la mujer, que estaba de sobra denostado, sin embargo, seguía siendo un objetivo regular el estereotipo femenino. De ahí, que ahora las nuevas especialidades médicas como la endocrinología, con las teorías de Gregorio Marañón en España, y la psiquiatría contribuyeran a la regulación del papel social de la mujer.

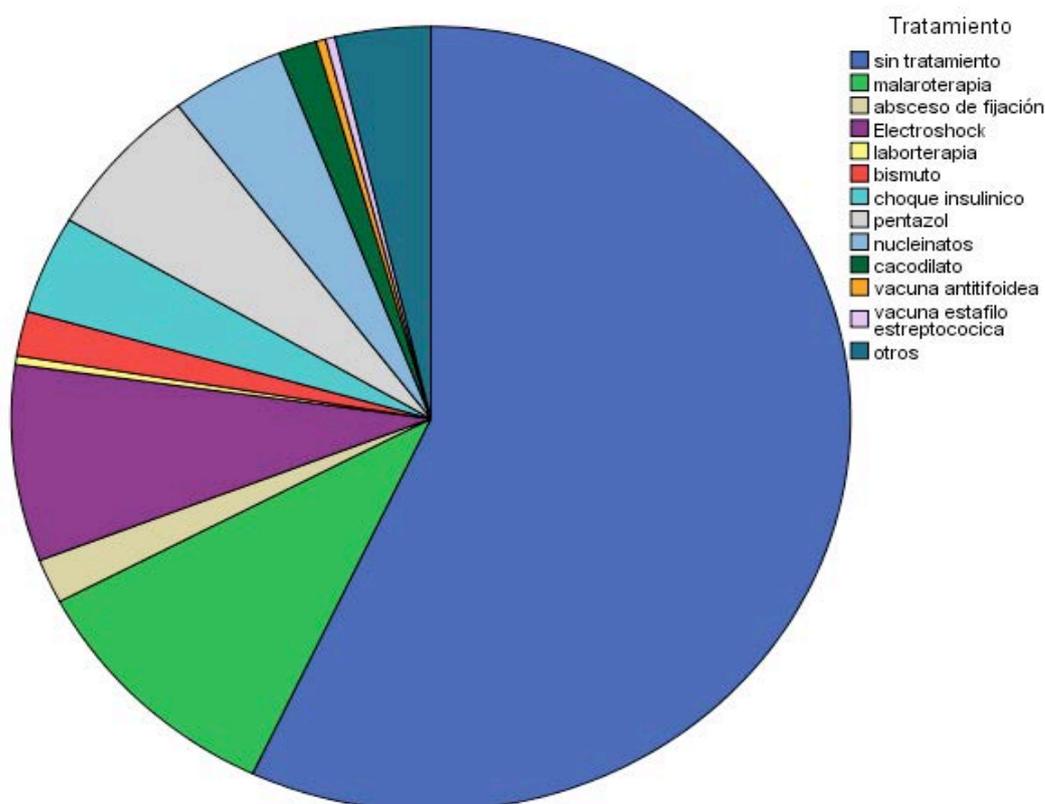
En la línea de Rafael Huertas y su equipo, que han sido pioneros en España en cuanto al estudio de las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría, comenzamos a trabajar con material clínico del Archivo Provincial del Hospital de la

¹ ARESTI, Nerea — “Médicos, Donjuanes y Mujeres Modernas. Los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX”. Bilbao: Servicio de Publicaciones Universidad del País Vasco, 2001, p. 58.

² Para ampliar más sobre esta cuestión, consultar THÉBAUD, Françoise — La primera Guerra Mundial: ¿la era de la mujer o el triunfo de la diferencia sexual? In DUBY George, PERROT Michel — “Historia de las mujeres. El siglo XX”. Madrid: Taurus, 1993, pp. 45-106.

Beneficencia de Málaga. Han sido analizadas, hasta el momento, 478 historias clínicas de mujeres, ingresadas en el servicio de dementes del Hospital Provincial de Málaga entre los años 1900 y 1950. Sin embargo, no solo han sido estudiados los contenidos clínicos, sino que, junto a ellas, apareció otro tipo de material, como cartas de las propias pacientes, documentos de derivación a otros servicios, cartas de familiares, informes de otros médicos, que también han estado sujetos a un análisis cualitativo.

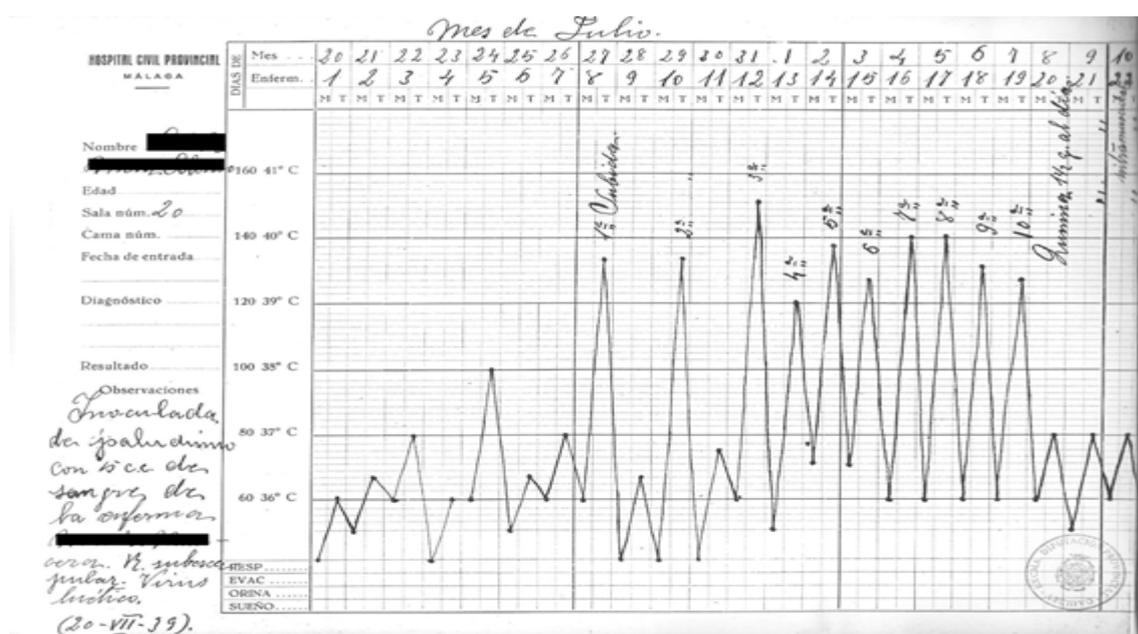
Del total de historias clínicas, se elaboró un estudio acerca de los tipos de tratamiento que eran aplicados a las mujeres ingresadas, y se realizó un trabajo comparativo en relación a un sanatorio privado de mujeres de Málaga, del que se obtuvo este resultado:



Como puede observarse en el gráfico, más de la mitad de las historias clínicas de mujeres no tenían en su contenido referencia alguna a ningún tratamiento aplicado. El primer tratamiento más frecuente dentro del periodo analizado es la malaroterapia. En este sentido, cómo otras autoras han señalado¹, el uso de las inoculaciones de suero infectado por malaria a las pacientes, como vía para conseguir accesos febriles, y, por

¹ No sólo constituyó el tratamiento más frecuente durante este periodo histórico en el Manicomio de Málaga, sino que, al terminar la Guerra Civil Española (1939), hubo un aumento de la aplicación de ésta terapéutica en la institución malagueña. Sin embargo, en otras instituciones como el Manicomio de Leganés en Madrid, contó con una escasa aceptación. Ver VILLASANTE, Olga - La malaroterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España. In FUENTENEbro, F. HUERTAS R.; VALIENTE C. (ed.) — Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y Tendencias. Madrid: Frenia, 2003. p. 175-188

tanto, usar la piritoterapia para tratar los estados de agitación, no fue un método muy usado en otras instituciones psiquiátricas de la época. Sin embargo, en el manicomio de mujeres de Málaga, fue el tratamiento más usado durante la década de los 20-30 del siglo pasado. La técnica consistía en la inyección de suero infectado de otras pacientes enfermas de malaria, a las pacientes psiquiátricas, con la intención de provocar la infección y accesos febriles que llegaban a 41 y 42 grados de temperatura. Así, se conseguía el objetivo de eliminar los estados de agitación, aunque, por otro lado, se ponía en grave riesgo la salud de mujeres que vivían en un estado de pobreza extrema, por lo que las secuelas del tratamiento eran mortales para muchas de ellas.



Las historias clínicas han sido abordadas desde un marco teórico que se basa en la historia social de la psiquiatría, donde se apela a un concepto sobre la locura basado en el poder¹ y el control de la sociedad sobre lo que es diferente, ajeno, y se asimila como peligroso; de ahí, la necesidad de reclusión, en muchas ocasiones, definitiva, de un gran número de pacientes. Estudios como la Historia de la Locura de Foucault, o la Breve Historia de la locura de Roy Porter, son textos que han contribuido a esta visión. Por otro lado, la contribución desde el género parte desde las teóricas feministas a la Ciencia, como Evelyn Fox Keller, Sandra Harding y Joan Scott, que sentaron las bases sobre la importancia de introducir la visión generizada en Ciencia, cuestionando hasta qué punto una visión científica es más objetiva si deja fuera la experiencia femenina en sus investigaciones.

Dentro de los estudios de historia de la psiquiatría y género, los trabajos de Elaine Showalter, Jordanova y Nancy Tomes, entre otros, han sido fundamentales para entender cómo la psiquiatría se ha servido de la mujer como objeto de ciencia, para

¹ Éste poder, en el sentido Foucaultiano, como biopoder, como tecnología, produce un discurso que actúa y cambia realidades, genera instituciones y dispositivos, que nos conforman como sujetos.

investigar, desarrollar teorías, y posteriormente, ser usadas como argumentos y justificaciones sobre la mayor tendencia morbosa del sexo femenino. Teorías como “El doble estándar” de Phyllis Chesler y la “Feminización de la locura” de Elaine Showalter son de obligada lectura para interpretar los contenidos de las historias clínicas. Algunos trabajos pioneros en España sobre la historia de la psiquiatría desde la perspectiva de género han sido publicados por Isabel Jiménez Lucena y M^a José Ruiz Somavilla¹.

Por último, otro de los pilares de éste trabajo tiene que ver con el concepto de conocimiento situado. Por ello, para explicar de dónde parten las teorías y las prácticas, es imprescindible partir de la geopolítica del conocimiento, descubrir los discursos hegemónicos. En este sentido, pensamos que el manicomio era un territorio fronterizo donde la locura emergía como necesidad para asegurar el lugar de la cordura, en una dinámica de contrarios, pero también como lugar de resistencia, desde donde las mujeres podían resistirse a las prácticas hegemónicas de los expertos. En 2010 fue publicado en Frenia un artículo donde fue planteado un marco teórico novedoso para el estudio de estas fuentes, desde la perspectiva de género. Apoyándonos en los ejes que describió Nikolas Rose para la conformación de las subjetividades, estudiamos cómo se transforma la subjetividad de una mujer cuando ingresa en la institución, a una subjetividad de mujer-loca².

A través de los contenidos de las historias clínicas podemos observar cómo determinadas conductas, fuera y dentro de la institución, generaban prácticas determinadas cuyo fin tenía que ver con la regulación de lo socialmente aceptado. Estas trasgresiones conductuales eran transformadas en síntomas psiquiátricos que, finalmente, podían llevar al internamiento. En este sentido, trasgresiones de las normas sociales fuera de la institución, eran justificaciones para proponer la reclusión de las mujeres. Un médico rural escribió al jefe de servicio del hospital de la beneficencia, pidiendo ingresar a una vecina del pueblo:

“Querido amigo: te mando esta enferma que estuvo aquí hace un año. Te ruego la tengas el mayor tiempo posible, porque aquí se dan unos espectáculos bochornosos en el pueblo con dicha muchacha, al quedarse desnuda cuando le viene en gana”³.

En la carta, no había referencias a ningún tipo de sintomatología psiquiátrica, se describía sólo lo conductual y apelaba a la alarma que generaba en el pueblo, como principal factor para el internamiento de la muchacha. Apuntes en las historias clínicas como “no se acuesta a la hora que se le dice, sino cuando ella quiere, y mientras tanto, permanece sentada”⁴ ó “trabaja cuando le parece”¹ dan cuenta de ciertas actitudes de

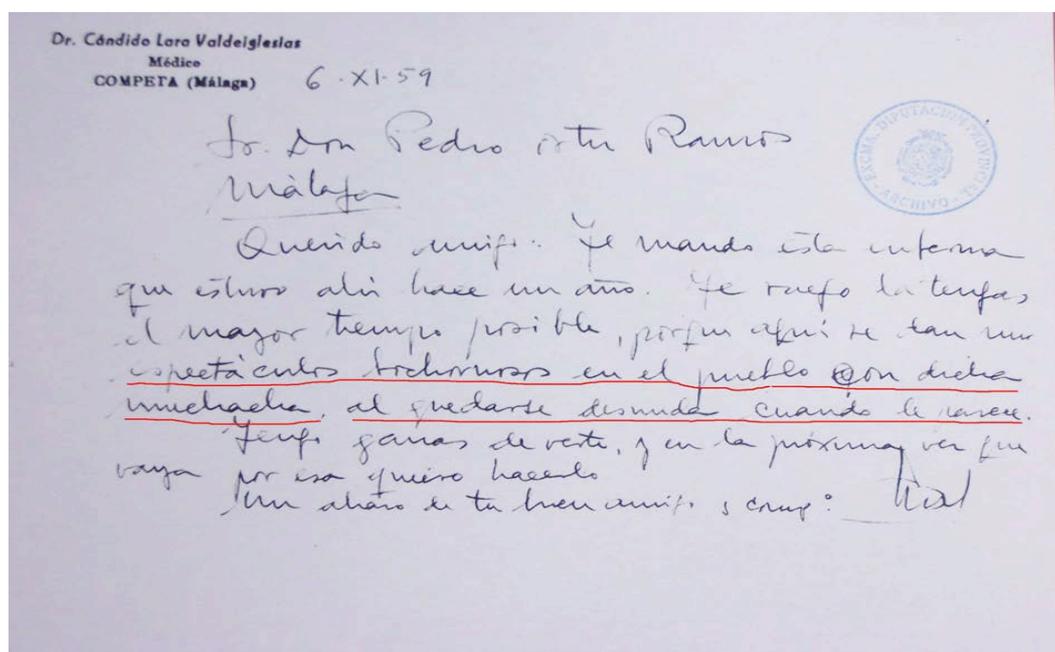
¹ Estas dos investigadoras desarrollan en su artículo cómo la psiquiatría se sirvió de los estereotipos de género de la época para conseguir homologarse como especialidad médica con respecto al resto, ver JIMÉNEZ Isabel, RUIZ María José. “La política de género y la psiquiatría española a principios de S. XX”. In BARRAL María Jesús et al — Interacciones ciencia género, Discurso y práctica científicas de mujeres. Barcelona: Icaria, 1999. pp. 185-206.

² Para ampliar ver GARCÍA Celia; JIMÉNEZ Isabel — “Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950)”. Frenia. 10 (2010) pp. 123-144.

³ Historia clínica de C.E.E. (1946), legajo 10153:129

⁴ Historia clínica de M.P.M (1933), legajo 10150:12

resistencia frente a las normas impuestas por parte de la institución.



Las mujeres eran descritas en las historias clínicas usando estereotipos alejados de lo socialmente aceptado, como en la historia de esta otra mujer, que era descrita de la siguiente forma por el psiquiatra: “Caprichosa, expansiva, violenta...muy independiente, rarezas. Fantástica, su moral algo rara”². El hecho de que una mujer pudiera ser independiente, la situaba más en el lado de la locura que de la cordura.

El papel de la psiquiatría como estrategia reguladora del trabajo, constituye otro de los ejes sobre los que se construye la subjetividad de la mujer loca. El trabajo doméstico sirvió para discernir la mejoría o el empeoramiento de las pacientes como un signo claro de mejoría o empeoramiento: “Desde los 3 años tuvo una enfermedad y quedó tonta. Sabe lavar y fregar. No sabe hacer la comida”³. Pero no sólo el trabajo en el domicilio, sino también dentro de la institución, en pleno auge de la laborterapia, fue usado en el mismo sentido: “Está en el costurero con las enfermas tranquilas, se ocupa de la costura”⁴. A pesar de las condiciones extremas en las que vivían las mujeres dentro de la institución, algunas se resistían a trabajar en sin tener remuneración alguna: “Actualmente no quiere trabajar en la cocina porque no le pagan una peseta diaria...trabaja poco, por temor a ser “explotada”⁵.

La religión constituía un eje fundamental en la exploración de las mujeres, así su grado de religiosidad podía ser tomado como un elemento protector, o la ausencia de éste, como lo que podía predisponer a la locura: “Alegre, trabajadora, expansiva, cariñosa, capaz, algo irritable, hábil. Escasa capacidad para administrarse. A veces hacía gastos

¹ Historia clínica de M.S.M. (1935), legajo 10150:4

² Historia Clínica de D.N.L. (1943), legajo 10153:146

³ Historia clínica de M.V.C. (1942), legajo 10150:2

⁴ Historia clínica de C.T.T. (1937), legajo 10150:71

⁵ Historia clínica de M.G.A. (1934), legajo 10153:150

*superfluos. Matrimonio no feliz, obstinada. Terca. Poco religiosa*¹.

Por último, las alusiones al ciclo vital femenino como generador de patología en las mujeres: *“hace dos meses que estando con el periodo, se lavó todo el cuerpo (la familia cree que esto le ha perjudicado), desde entonces está triste, suspiraba mucho*². Estas ideas que conectaban la psicopatología con los ciclos vitales femeninos es una historia aún inconclusa. Es por ello que las prácticas psiquiátricas han sustentado determinados constructos sexo-género en tanto que han establecido y legitimado ideales de sexo-género.

La ideología política también fue un factor a tener en cuenta en cuanto a decidir el ingreso de las mujeres. En la historia de D.B.J. la paciente sostenía que estaba en el hospital al haber sido denunciada por no ser “adicta al movimiento”, y se negó a seguir hablando con el psiquiatra *“por no ser usted mi juez, sino mi médico*³.

Para finalizar, me gustaría señalar la imposibilidad de estas mujeres para poder hablar y ser creídas dentro de la institución. Sólo al salir de alta, las que lo conseguían, podían tener la oportunidad de explicarse y ser oídas. Por ello, quiero finalizar exponiendo el caso de una paciente que fue ingresada en el manicomio de Málaga, aunque era natural de otra provincia andaluza. Cuando salió de la institución, escribió al psiquiatra que la había tratado, explicándole que ella había sido internada allí porque su marido quería quedarse con su herencia. Fue un caso atípico dentro de la institución, porque las mujeres que solían ingresar eran analfabetas, con un nivel cultural muy bajo, sin embargo, ésta mujer pudo escribir esa carta, de la que extraigo este fragmento:

*“Si me llevaran a Málaga otra vez, de mi conducta trate de informarse por cualquier otra persona de Bobadilla que no le mientan, no por el Médico ni por el Nicolás, y de otras cosas que de mí se han dicho, me casé a los 35 años, iba como una mujer decente”*⁴.

Conclusiones

El estudio de las historias clínicas desde la perspectiva de género supone una fuente novedosa para el estudio de la historia de la psiquiatría y en concreto, de la construcción de la subjetividad femenina dentro de las instituciones manicomiales. Analizando los elementos descritos brevemente en esta comunicación, podemos advertir cómo éstas instituciones funcionaron como lugares de corrección de conductas morales muy determinadas, ajustando las ideas y los estereotipos de las mujeres a un modelo muy concreto, situado en unas coordenadas histórico-sociales de cada momento histórico. Por tanto, se hace necesaria la visibilización de estas prácticas y teorías que empujaron a muchas mujeres al otro lado de los muros del psiquiátrico, cuando, muchas de ellas, ejercían su derecho a resistirse a los cánones prediseñados para ellas dentro de una ciencia psiquiátrica hegemónica del momento.

¹ Historia clínica de A.T. C. (1941), legajo 10150:38

² Historia clínica de M.P.M. (1933), legajo 10150:124

³ Historia clínica de D.B.J. (1940), legajo 10150:39

⁴ Historia clínica de A.F.A. (1950), legajo 10439

Bibliografía

ARESTI, Nerea — “*Médicos, Donjuanes y Mujeres Modernas. Los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*”. Bilbao: Servicio Publicaciones Universidad del País Vasco, 2001.

DUBY George; PERROT Michel — *Historia de las mujeres. El siglo XX*. Madrid: Taurus, 1993.

GARCÍA Celia; LÓPEZ Laura; GUTIÉRREZ Daniel — “Comparativa entre “Las mujeres” ingresadas en la Beneficencia y “Las señoras” del hospital privado Sagrado Corazón: aproximación a las nuevas terapéuticas a principio de S. XX en Málaga”. In SIMÓN David et al — *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2013. p. 331-339.

GARCÍA Celia; JIMÉNEZ Isabel — “Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950)”. *Frenia*. 10 (2010) 123-144.

JIMÉNEZ Isabel; RUIZ María José — “La política de género y la psiquiatría española a principios de S. XX”. In BARRAL María Jesús et al *Interacciones ciencia género, Discurso y prácticas científicas de mujeres*. Barcelona: Icaria, 1999, pp. 185-206.

ALTERAÇÃO DE SINTOMAS NA PSICOCIRURGIA. O PAPEL DA PERSUASÃO

Manuel Correia

CEIS20-UC

Investigador

Email:manuel.correia@uc.pt

Resumo

A desvalorização científica do sintoma hoje evidente na crítica radical ao DSM5 desenhava-se já, de certo modo, no voluntarioso virar de página a que os paladinos da psicocirurgia se propunham. Preferindo os sinais aos sintomas mas dependendo destes para validar a eficácia da aplicação cirúrgica (leucotomia, lobotomia) estabelecia-se entre médicos e pacientes uma negociação de sentido que consistia na descrição mais ou menos favorável do estado pós-operatório. Partindo de uma investigação em curso trazemos à discussão alguns exemplos que ilustram aquilo que se poderia chamar a construção do sintoma sobre a tensão médico-paciente.

Palavras-chave: Psicocirurgia, Sintomas, Leucotomia pré-frontal

Introdução

No manifesto para uma nova psiquiatria que Egas Moniz plasmou na sua monografia *Tentatives Opératoires...*,¹ assinala-se um histórico virar de página. A Psiquiatria teria entrado na sua fase organicista, ou melhor: neurológica. No entendimento do autor, os trabalhos de Karl Kleist² teriam aberto a via para por definitivamente em relação as funções psíquicas e as atividades das diversas regiões cerebrais.³ Em síntese, a orientação neurológica adotada por Egas Moniz teria vindo dar uma contribuição notável para demonstrar as relações existentes entre certos sintomas psíquicos e determinadas lesões cerebrais.⁴

Tomamos aos resultados da investigação em curso sobre a História da Psicocirurgia dois exemplos que ilustram a construção dos sintomas e os possíveis graus de liberdade com que as observações são registadas em contexto clínico.

Sinais, sintomas, avaliações do comportamento e entrevistas vão sendo introduzidas no processo clínico dos pacientes, possibilitando ao historiador um confronto de fontes que pode acrescentar informação útil.

Discussão

Raul (1884-1941) e Flor (1913-) foram submetidos a leucotomias.

¹ MONIZ, Egas - *Tentatives Opératoires dans le traitement de certaines psychoses*. Paris : Masson & Cie, 1936.

² Neurologista e Psiquiatra alemão (1879-1960) notabilizado pelos seus trabalhos nas áreas da psicopatologia e neuropsicologia. Atestando a elevada consideração por ele e pelo seu trabalho, Egas Moniz nomeou-o em 1951 para o Prémio Nobel de Fisiologia ou Medicina. CORREIA, Manuel – *Egas Moniz no seu labirinto*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013, p. 49.

³ Egas Moniz, *Tentatives...*, p. 10.

⁴ Egas Moniz, *Tentatives...*, p. 11.

Raul, então internado no Hospital do Conde de Ferreira (Porto) foi conduzido ao Hospital de Santa Marta (Lisboa) ao Serviço de Neurologia dirigido por Egas Moniz. A sua odisséia é descrita na biografia que António Reis lhe consagrou.¹ Raul manifestou perturbações notáveis durante o exílio, em França, e face a dificuldades crescentes regressou a Portugal sendo de pronto internado no Hospital do Conde de Ferreira.² Não registando melhoras, foi alvitado que a recém-inventada Leucotomia Pré-frontal poderia vir a melhorar o seu estado.

Após a operação agravou-se a tensão entre Raul, os amigos e familiares expectantes quanto às suas melhoras, e os psiquiatras que o tratavam. Falando acerca do seu estado no pós-operatório Raúl diz não haver nada a assinalar. “Quando as melhoras se acentuarem poderei então participar-lho”.³

Egas Moniz responde-lhe pouco depois⁴ discordando da descrição que Raúl faz do seu estado de saúde.

Numerosos são os exemplos de incitamento otimista de Egas Moniz. Raúl, a seu turno manifesta sempre a ideia de que não melhorou, mesmo quando regressa por algum tempo à atividade da escrita. Pelo contrário, porá em dúvida muitas vezes a eficácia dos tratamentos.

“Exílio cá, exílio lá. Há longos anos que me andam a tratar, e mal por vezes ou quase sempre – mal e creio que errado: portanto nos dois sentidos mal”.⁵

Com efeito, o relatório clínico interrompido em 28 de Agosto de 1937 constata em Novembro de 1938 “sintomas típicos da obsessão persecutória” evidenciados antes da operação.

Intermitentemente, Raul sofrerá a clausura, os surtos de exaltação, o sentimento de perda e de impotência até ao fim. Morreu em 1941.

Egas Moniz tenta persuadir Raul de que melhorou por ter voltado a escrever; Raul continua dizendo que não se sente melhor.

¹ REIS, António - Raúl Proença. Biografia de um intelectual político republicano. 2 vol. Lisboa: INCM, 2003.

² No atestado que justificava o internamento lê-se: “Atestamos que o Exm^o Raul Proença, publicista e jornalista, antigo funcionário da Biblioteca Pública de Lisboa, sofre de alienação mental caracterizada por ideias persecutórias que revestem os sinais das ideias de ciúme; diz ter comunicações puramente em ideia com determinadas pessoas – sem pronúnciação de palavras; recusa de alimentos. Por este motivo precisa de ser internado em estabelecimento hospitalar a esse fim especialmente destinado – Por ser verdade e só para efeito deste internamento, passamos o presente atestado. Porto, 16 de Março de 1932.” Arquivo Museu Hospital Conde de Ferreira, Doc. 1.

³ Extrato da carta de Raul Proença a Egas Moniz, de 5 de Junho de 1937, apensa à História Clínica”, citado por António Reis, Ob. Cit., p. 168.

⁴ Carta de Egas Moniz a Raúl Proença, de 13 de Junho de 1937, BN E7/1320. António Reis acrescenta em nota de pé de página: “Em carta posterior deste ano, embora sem data de dia e mês, volta a discordar da avaliação que Proença faz do seu estado de saúde, considerando-o muito melhorado, e a insistir no estímulo à escrita: “Espero que acabe agora e de vez a sua relutância em escrever. Não tem direito a ter a sua pena parada. Quem sabe escrever como o meu caro Raúl Proença tem de usá-la para satisfação dos seus amigos e regalo dos que o lerem. Domingo aí discutiremos o assunto”. (in BN E7/1327). António Reis, Ob. Cit. p. 168.

⁵ Carta de Raúl Proença a Jaime Cortesão de 1 de Outubro de 1939, in BRÁS DE OLIVEIRA, António - “Jaime Cortesão e Raúl Proença: 30 anos de convívio epistolar”. Revista da Biblioteca Nacional, nº 1-2, (1986) pp. 68-69. Citado por António Reis, Ob. Cit., p. 207.

Flor — uma outra paciente — tinha um historial obsessivo, sucessivos internamentos, em agravamento. Foi operada em 16 de Dezembro de 1948, por indicação do seu psiquiatra, após terem sido superadas as objeções que o pai colocou inicialmente. Em Junho de 1950, depois de uma visita a Roma, diz que “Não se acha feliz. Quando foi a Roma pensava: se tivesse lá um desastre era bom.” Desabafa com o seu psiquiatra:

“Fui operada. Depois fiquei na mesma. O Dr. A. Lima disse: tens de dizer que estás boa se não zango-me contigo. A família lá me contrariou, seria por indicação dos médicos. Bem me custou. Lá deixei de dizer, lá me foi passando com o tempo...Antes tomava banho, vestia-me de olhos fechados, só pelo tato — agora não — melhor, já não abano a cabeça nem digo certas frases — já estou livre destes flagelos. Aparentemente faço uma vida normal.”¹

Foi em Junho de 1950 que Flor recordou estes episódios. O psiquiatra acrescenta ao registo que ela tem engordado muito (o que a desgosta, pois queria emagrecer); menstrua regularmente; a pele tem uma boa coloração; dorme muito (talvez de mais) e se sente muito preguiçosa. Junta ainda as impressões do pai de Flor que inicialmente se tinha oposto à realização da leucotomia mas agora se declarava satisfeito. Porquê? Porque Flor “Já vai à missa; ...à mesa; ...arruma o quarto; ...toma banho; ...dorme bem; ...não embirra com as pessoas; come de tudo. Só fritos é que não; se se contraria irrita-se um pouco — passa-lhe depressa — só um momento. Se teimam em fazê-la comer fritos, acaba por os comer contrariada; nada esquecida; mantém a inteligência; muito religiosa; grita pelos médicos; amiga do pai. No final o psiquiatra anota: As melhoras têm-se acentuado com o tempo”...

Nos dois casos aqui resumidos o empenhamento persuasivo dos médicos surge com gradações diferentes mas bastante vincadas. As palavras de encorajamento e a estimulação de uma atitude esperançosa são esperados no discurso médico. Porém, nestes dois casos estamos também perante recomendações mais perentórias.

Egas Moniz insiste várias vezes tentando convencer Raúl de que o regresso à escrita denota melhoras evidentes, e apesar de Raúl afirmar que não se sente melhor, o médico prossegue dando-lhe a entender que à frente dos sintomas em que Raúl não sente alterações estão os sinais que Egas Moniz interpreta com otimismo.

Almeida Lima, por seu turno, adverte Flor de que ficará zangado com ela no caso de ela não dizer aos pais que se sente melhor. Saltando por cima da problemática dos sintomas e dos sinais, o médico recorre à chantagem emocional.

No final, as perturbações identificadas voltaram a manifestar-se em ambos os casos deixando a nu a ineficácia do tratamento. Contudo houve no imediato alterações importantes que levaram pacientes, familiares e médicos a vislumbrar uma aparência de melhoras que se encarregaram de ampliar sugerindo aos pacientes um quadro que tinha

¹ Arquivo do Hospital Júlio de Matos (Neurocirurgia) Lisboa, Processo nº 3686, p. 3.

mais a ver com o que desejavam do que com a ponderação dos sintomas na ótica dos convalescentes.

Conclusões

Estes são apenas dois casos notáveis de um enorme conjunto de casos semelhantes. A ação persuasiva dos médicos estava em linha com o que consideravam uma boa orientação terapêutica – levar os pacientes operados a superar os obstáculos psicológicos combatendo o negativismo, o abandono e a desistência – eles próprios eventualmente persuadidos da possibilidade de, em certos casos, a operação ter sucesso.

Reconceitualizando o quadro geral de sintomas e sinais comuns no pós-operatório da leucotomia pré-frontal, Henrique Barahona Fernandes estabeleceu ao nível do pensamento psiquiátrico um novo padrão que denominou “sintonização regressiva” cujos contornos ideativos comentei já noutra lugar¹. Cabe nesta perspetiva chamar a atenção para os mecanismos retóricos imbuídos no discurso do reputado psiquiatra.

Ciente desde o início de que em boa parte dos leucotomizados se verificava uma degradação psíquica traduzida geralmente pela apatia, confusão, desorientação emocional e baixa ressonância afetiva, Barahona Fernandes determina que tais efeitos, invocados pelos detratores da leucotomia para apontar as indesejáveis ‘alterações da personalidade’, não são mais que resultados normais, esperados e até indispensáveis para reiniciar o processo de recuperação dos pacientes.

A tese de que os pacientes deveriam piorar, primeiro, para poderem melhorar, depois, fez assim o seu curso retirando à argumentação anti leucotomia uma das suas bases principais, visto que os sintomas e sinais que apontavam como atestando os efeitos colaterais negativos passavam a ser interpretados de outro modo, tentando persuadir médicos, doentes, familiares e *tutti quanti* de que a ‘aparente’ degradação fazia afinal parte do processo de recuperação.

A construção teórica de Barahona Fernandes assume uma tonalidade jacksoniana, baseada numa visão evolucionista da arquitetura do sistema nervoso central.² Apesar da construção engenhosa que teve seguidores de um e do outro lado do atlântico, a expectável recuperação dos pacientes acabava por ser deficiente, rara e incerta, a ponto do próprio Barahona Fernandes atribuir maior eficácia a outros métodos terapêuticos em curso.

Historicamente é este contraste entre a incerteza e pobreza dos resultados, por um lado, e o investimento na atividade de persuadir acerca das alegadas vantagens do método que coloca a tensão médico-paciente em destaque.

¹ CORREIA, Manuel — “Ideação Psiquiátrica do Retorno: ‘sintonização regressiva’ e ‘regresso à infância’ – a propósito da Psicocirurgia”. In: PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui (Eds.) - V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra, 2014.

² FERNANDES, Henrique Barahona — Egas Moniz pioneiro dos descobrimentos médicos. Lisboa: ICLP, 1983, p. 115.

UNE HISTOIRE DE L'ÉPILEPSIE AUX XIX^e ET XX^e SIÈCLES : DÉFINITION ET DÉVELOPPEMENT D'UNE PATHOLOGIE ENTRE NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Karine Le Jeune

Chercheure associée au Centre François Viète,
Université de Nantes (France)

PhD

Email:karine.lejeune44@gmail.com

Abstract

Diachronic study of epilepsy from the nineteenth to the twentieth century allows the problem of the definition of this condition to be situated more generally in the relationship between neurology and psychiatry throughout the period. At the beginning of the nineteenth century, patients with epilepsy were generally cared for by alienists. From about 1850 however, a neurophysiological approach to epilepsy emerged to compete with the approach of the alienists. Epilepsy thus came to represent an issue of legitimacy between the alienists and the founders of the newborn specialty of neurology. The latter appropriated epilepsy, being assisted in this by the increasing availability of electroencephalography and neurosurgery in the 1930s. Uncertainties remained however, that persisted even once interest shifted to the molecular level of the disease in the 1950s. These recurring uncertainties seem to be of a similar order to those pathologies which are said to be psychiatric.

Key-Words: epilepsy – neurology – psychiatry – 19th/20th centuries

Introduction

Dans cet article issu de la communication réalisée lors des VI JIHPSM, nous avons choisi d'exposer nos travaux de thèse¹, réalisés sous la direction des professeurs M. Stéphane Tirard² et M. Jean-Claude Dupont³. Nous commencerons par présenter brièvement l'historiographie de l'épilepsie, ce qui nous amènera au développement de la problématique de la thèse ainsi que des questions qui la sous-tendent. Nous expliquerons ensuite l'approche méthodologique privilégiée ainsi que la périodisation. Cela nous permettra de détailler la façon dont s'articule la thèse et enfin ses différentes conclusions.

Développement

L'histoire de l'épilepsie est globalement abordée, selon nous, de trois façons principales dans la littérature : il existe quelques ouvrages qui lui sont entièrement dévolus, la majorité d'entre eux sont uniquement en anglais ; il existe aussi des études plus éparpillées que l'on peut souvent trouver dans des ouvrages collectifs ou dans des revues d'histoire de la médecine, ou plus généralement des revues de sciences humaines et sociales ; enfin, les traités et les manuels de neurologie et d'épileptologie lui consacrent

¹ Le Jeune, 2014.

² Université de Nantes, France.

³ Université de Picardie Jules Verne, France.

fréquemment un chapitre, tout comme les livres de vulgarisation qui sont à destination des patients et de leur famille.

Dans l'ensemble de ces ouvrages, une affirmation est très fréquente, bien qu'elle ne soit pas réellement développée, affirmation selon laquelle l'épilepsie serait « passée » du champ de la psychiatrie au champ de la neurologie. Depuis la fin du XIX^e siècle, elle ne relèverait donc plus que du seul savoir neurologique.

L'un de nos buts fondamentaux a été d'interroger la pertinence de cette notion de « passage » de l'épilepsie dans le champ de la neurologie. Plus précisément, les questions auxquelles nous avons cherché à répondre sont les suivantes : comment ce passage s'est-il effectué ? Sur quelles bases, quels fondements repose-t-il ? A-t-il été si clair, évident et définitif ? L'épilepsie a-t-elle été véritablement considérée, à un moment, comme une maladie purement « psychiatrique », comme une « maladie mentale » à part entière ? Est-elle appréhendée, depuis la fin du XIX^e siècle, comme une maladie purement « neurologique » ? Ces questions conduisent à se demander à quel sens renvoient ces mots (« psychiatrique », « neurologique », « maladie mentale ») et comment ce sens a évolué.

Dans l'histoire de l'épilepsie que nous nous sommes proposé de réaliser, nous n'avons donc pas cherché à tendre vers l'exhaustivité. L'objectif a été de porter un regard diachronique sur l'évolution de l'appréhension de cette pathologie tout au long des XIX^e et XX^e siècles, de façon à ce qu'elle constitue dans notre propos une porte d'entrée sur un questionnement plus général quant aux rapports entre neurologie et psychiatrie. Nous avons fait le choix de concentrer notre analyse sur le discours médical : notre corpus de sources primaires est par conséquent essentiellement composé de textes médicaux publiés. Bien évidemment, nous gardons à l'esprit que ce qui y est rapporté ne saurait correspondre exactement à ce qui se déroule en pratique. Néanmoins, considéré sur une longue période, le discours médical théorique est extrêmement intéressant car il est révélateur de la manière dont se composent et se recomposent certains grands problèmes liés à la définition, à la recherche de la cause et au traitement de l'épilepsie.

Nous avons distingué quatre grandes périodes de l'histoire de l'épilepsie, chacune étant caractérisée par l'essor d'une approche particulière de la maladie, présentées brièvement dès maintenant puis détaillées ci-dessous. La première période, correspondant à la première moitié du XIX^e siècle, voit la naissance de la médecine hospitalière et avec elle l'émergence des spécialités médicales, dont l'aliénisme : les aliénistes sont les médecins qui s'occupent des aliénés. Les épileptiques étant confiés aux soins de ces médecins aliénistes, une terminologie et un appareil conceptuel relatifs à l'épilepsie se généralisent dans les hôpitaux, en particulier dans les hôpitaux parisiens. Pendant la deuxième période, s'amorçant dans les années 1850, une approche neurophysiologique de l'épilepsie apparaît et concurrence celle des aliénistes. La troisième période, qui débute dans les années 1930, pourrait être qualifiée de phase instrumentale de l'épilepsie, car elle est dominée par l'électrophysiologie. Bien que cette approche électrophysiologique perdure à l'heure actuelle, la quatrième période commence dans les années 1950, dans la mesure où se met en place à cette époque l'approche neurochimique de l'épilepsie, c'est-à-dire son étude au niveau moléculaire.

Le début du XIX^e siècle est marqué par un essor sans précédent de l'étude des patients épileptiques, notamment parce que leur réunion en un même lieu, les hôpitaux, favorise grandement leur observation. Une profusion de tentatives de définition et de classification apparaît donc dans la littérature médicale. Nous avons choisi d'analyser en détail les travaux d'aliénistes français comme J.-E. Esquirol (1772-1840), F. Leuret (1797-1851), E.-J. Georget (1795-1828), L. Delasiauve (1804-1893), A.-L. Foville (1799-1878) et d'autres encore. Cela nous a permis de mettre en lumière un certain nombre de difficultés récurrentes et la très grande confusion qui règne autour de l'épilepsie, quant à sa définition et à la recherche de son origine. En effet, une extrême diversité de symptômes sont dits épileptiques, et ils sont aussi bien d'ordre moteur que psychique. Ces difficultés expliquent pourquoi, au milieu du XIX^e siècle, la nature et le siège de l'épilepsie demeurent inconnus, parce que l'anatomie pathologique ne révèle aucune lésion qui serait constante et caractéristique de l'épilepsie. Cette absence de lésion systématique oriente donc les recherches vers un type de raisonnement physiologique, au début essentiellement à l'étranger, en particulier en Angleterre.

En effet, à partir des années 1850, une littérature considérable apparaît sur la recherche des mécanismes à l'origine des crises. Elle donne naissance à un ensemble de théories physiologiques de l'épilepsie, qui sont autant d'adaptations de la théorie réflexe du médecin britannique M. Hall (1790-1857), Hall l'ayant lui-même appliquée à l'épilepsie. La voie neurophysiologique est également empruntée par J. H. Jackson (1835-1911), médecin britannique à l'origine, dans les années 1870, d'une définition de l'épilepsie dont l'influence est notoire puisqu'elle constitue le fondement de la définition admise à l'heure actuelle. Ainsi selon Jackson, les diverses formes d'épilepsie, aussi variées soient-elles, sont toutes la conséquence de ce qu'il nomme des « décharges » excessives et soudaines de la substance grise cérébrale ; les symptômes en résultant sont déterminés par le site anatomique de ces décharges dans le cerveau. Au même moment en France, J.-M. Charcot (1825-1893) entreprend d'établir une distinction franche entre épilepsie et hystérie. L'ensemble de ces travaux est bien représentatif de la montée en puissance de la neurologie dans le dernier tiers du XIX^e siècle. Dans ce contexte bouillonnant, le bien-fondé de l'aliénisme est menacé. L'épilepsie devient alors un véritable enjeu de légitimité entre les tenants de cette neurologie naissante et les aliénistes. Ceci est particulièrement notable avec le succès de l'épilepsie dite « larvée »¹. Il s'agit d'un type d'épilepsie caractérisé par l'aliéniste français B.-A. Morel (1809-1873) dans les années 1860, se manifestant, d'après lui, uniquement par des symptômes psychiques, comme des délires et des hallucinations, et non par des convulsions. Cependant, malgré cet essai de positionnement des aliénistes vis-à-vis des neurologues, on assiste à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle à ce que nous avons appelé une « appropriation » de l'épilepsie par les neurologues.

Cette appropriation est confortée par l'essor conjoint de la neurochirurgie et de l'EEG, c'est-à-dire l'électroencéphalographie, qui est une technique consistant à enregistrer l'activité électrique cérébrale, à l'aide d'électrodes que l'on pose sur le cuir chevelu ou

¹ Morel, 1860.

directement sur le cerveau. En effet, le succès et la diffusion de l'EEG sont largement tributaires de son application à l'épilepsie, à partir du milieu des années 1930. Réciproquement, l'EEG bouleverse la façon d'appréhender l'épilepsie ; en particulier, l'utilisation de cette technique avant et pendant les opérations de patients épileptiques permet la mise en place des premières expériences de stimulation électrique cérébrale humaine, réalisées par le chirurgien canadien W. Penfield (1891-1976). Les limites de l'EEG sont cependant pointées assez rapidement, dans la mesure où l'on ne retrouve pas de changements EEG chez tous les patients épileptiques. On ne comprend pas, de surcroît, les tracés EEG en termes neurophysiologiques. Par conséquent, le mécanisme et la nature des lésions à l'origine de l'épilepsie demeurent insaisissables et la cause de l'épilepsie reste inconnue lorsqu'aucune autre anomalie cérébrale n'est retrouvée, c'est-à-dire dans près d'un cas sur deux. Ceci n'empêche pas certains auteurs d'affirmer que l'EEG « prouve » que l'épilepsie est une maladie neurologique et non une maladie psychiatrique, maladie psychiatrique qu'ils traduisent à notre avis spécieusement par maladie « non-organique ». Pourtant, au milieu du XX^e siècle, des liens existent toujours entre épilepsie, neurologie et psychiatrie, en témoigne notamment le parcours et les travaux du Français H. Ey (1900-1977), que l'on pourrait difficilement rattacher de manière tranchée et satisfaisante uniquement à la neurologie ou à la psychiatrie. Ey défend en effet l'idée que le trouble mental possède nécessairement un fondement cérébral, et l'épilepsie occupe une place primordiale dans son œuvre puisqu'il appelle cette maladie la « clé de voûte de toute la psychopathologie »¹.

Parallèlement, à partir des années 1950, l'approche neurochimique de l'épilepsie émerge. Après la Seconde guerre mondiale, l'essor des technologies rend possible l'élaboration d'une théorie moléculaire de l'influx nerveux² et de toute une série de médicaments antiépileptiques efficaces. Ces médicaments contribuent également, en retour, à l'analyse de l'activité nerveuse à l'échelle moléculaire. Néanmoins, malgré l'accumulation des connaissances sur le fonctionnement cérébral et la mise au point d'un nombre croissant de ces antiépileptiques, différentes incertitudes et difficultés persistent aujourd'hui quant à l'appréhension de l'épilepsie et à la prise en charge des patients. Le problème principal auquel sont toujours confrontés les chercheurs et les médecins, c'est l'absence d'une « diathèse », c'est-à-dire d'une « prédisposition épileptique » qui serait commune à tous les cas au-delà de la très grande diversité des symptômes que l'on considère comme épileptiques. Ce défaut de diathèse est également l'un des problèmes auquel se heurte la recherche actuelle sur les troubles dits psychiatriques, comme par exemple l'autisme et la schizophrénie. Ces troubles ont en effet en commun avec l'épilepsie de ne posséder aucun modèle étiologique, aucun modèle causal général. De plus, ces trois maladies se recoupent partiellement au niveau de leurs symptômes et au niveau de leur traitement médicamenteux. Par conséquent, il nous semble qu'il n'existe aucune différence fondamentale entre l'épilepsie et les troubles dits psychiatriques, si ce n'est que ces derniers n'ont été investis que bien plus récemment par les outils de la biologie et de la neurologie. C'est à notre avis une des raisons pour lesquelles il semble exister à l'heure actuelle une volonté d'harmonisation des approches épileptologique et psychiatrique. Nous pensons que l'histoire de

¹ Ey, 1973, tome 2, p.1257.

² Dupont, 2013.

l'épilepsie que nous proposons nous permet d'apporter des éléments de réflexion à ce débat, et à celui plus général relatif à la traditionnelle dichotomie neurologie/psychiatrie.

En effet, grâce au recul permis par l'étude de cette période de deux siècles, nous avons pu constater le retour frappant et continu de certaines tendances, certaines idées, certains blocages identiques, qui refont surface de manière récurrente bien qu'ils soient posés différemment, chaque génération de médecins et de scientifiques les investissant avec des méthodes et des moyens techniques nouveaux. Les thèmes auxquels renvoient ces problèmes récurrents sont cependant les mêmes, ils concernent notamment l'organicité, l'hérédité, la recherche de la cause, voire de la cause ultime, et la définition même de la maladie. Dans les débats, les diverses opinions relatives à ces thèmes ont fréquemment été ramenées à des couples d'oppositions un peu réducteurs : par exemple, l'épilepsie est un trouble organique ou ne l'est pas ; l'épilepsie est héréditaire, c'est-à-dire « innée », ou elle est « acquise » ; telle lésion est la cause de l'épilepsie ou elle en est la conséquence ; l'épilepsie est un symptôme ou une maladie en elle-même, etc. Or, nous l'avons constaté au cours de nos recherches, rares sont finalement les auteurs s'intéressant à l'épilepsie et partageant des opinions aussi catégoriques. En fait, l'analyse historique des diverses réponses apportées à ces questionnements donne plutôt l'impression qu'il existe, pour chacun de ces thèmes, une sorte de « continuum ». L'ensemble de ces continuums forme comme un nuancier global sur lequel est positionné chaque auteur, qu'il soit ou ait été aliéniste, psychiatre, neurologue ou neuroscientifique, ce positionnement dépendant entre autres des postures conceptuelles de chacun, d'un choix d'angle d'étude de la maladie (et non nécessairement du rejet de tous les autres), des avancées techniques et des contraintes institutionnelles du moment. Pour toutes ces raisons, nous pensons que la notion de « passage » de l'épilepsie du champ de la psychiatrie au champ de la neurologie n'est pas adaptée. Certes, l'approche principalement neurologique de l'épilepsie s'est révélée la plus heuristique pendant une bonne partie du XX^e siècle ; elle montre cependant ses limites, puisque dans 40 à 50 % de cas d'épilepsie on ne parvient pas à déterminer la cause et dans 30 % de cas, dits « pharmaco-résistants »¹, on ne parvient pas à traiter l'épilepsie. Ces cas contribuent à entretenir ce que nous avons appelé une « zone d'incompréhension » de l'épilepsie, qui a été au cours de l'histoire, et est toujours, le lieu de tensions récurrentes entre neurologie et psychiatrie. Selon nous, l'affirmation consistant à évoquer un « passage définitif » de l'épilepsie dans le champ de la neurologie participe plutôt d'une sorte de « reconstruction » historique. Nous pensons que les motivations d'une telle reconstruction sont en lien avec certains amalgames, concernant notamment la notion « d'organicité » d'un trouble, et certaines représentations assez répandues de l'épilepsie et de la « folie ». Le terme « représentations » est à entendre ici au sens courant d'un ensemble d'idées, d'images et de symboles fréquemment associés à l'épilepsie et à la folie.

Une des raisons à l'origine de la reprise de ce fameux « passage » dans de nombreux ouvrages, écrits notamment par des praticiens, réside dans l'intérêt des patients épileptiques. Il s'agit en effet d'insister sur le fait qu'ils ne sont pas « fous », dans un

¹ Löscher, 2008

but de « déstigmatisation » des patients épileptiques. Cependant, cette volonté de distinguer clairement épilepsie et psychiatrie entraîne chez de nombreux médecins une radicalisation du discours dans ce sens, au détriment d'une certaine précision historique. Le problème est que cela contribue à nier certains « aspects psychologiques » importants de l'épilepsie, que beaucoup reconnaissent par ailleurs.

Conclusion

On pourrait continuer à croire que la zone d'incompréhension de l'épilepsie ne constitue qu'un territoire restant à conquérir par la neurologie à mesure que les limites techniques seront repoussées. Cependant, à notre avis, c'est précisément dans cette zone d'incompréhension et donc de tension que se trouve à présent la voie à emprunter qui nous semble la plus heuristique, nécessitant non plus l'opposition mais la collaboration et l'articulation des approches neurologique et psychiatrique, pour la transformer en « zone d'exploration » de l'épilepsie.

Bibliographie

- EY, Henri – *Traité des hallucinations* (2 tomes), Paris : Masson Éditions, 1973.
- DUPONT, Jean-Claude – *L'invention du médicament Une histoire des théories du remède*, Paris: Hermann Éditeurs, 2013.
- LE JEUNE, Karine – *Une histoire de l'épilepsie aux XIX^e et XX^e siècles. Définition et développement d'une pathologie entre neurologie et psychiatrie*, Université de Nantes: thèse de doctorat, 2014.
- LÖSCHER, Wolfgang – « Current knowledge on basic mechanisms of drug resistance ». In Kahane, Philippe *et al.* – *Drug-Resistant Epilepsies*, volume 7, Montrouge : John Libbey Eurotext, 2008.
- MOREL, Bénédic-Augustin – « D'une forme de délire, suite d'une surexcitation nerveuse se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie », *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Série 1, tome 7 (1860), pp.773-775, pp.819-821 et pp.836-841.

CAMILO CASTELO BRANCO (11825-1890)
ENTRE O GÉNIO-NEVROPATA E A LOUCURA DE SEU FILHO JORGE

Porfírio Pereira da Silva

Biblioteca Municipal de Viana do Castelo
Profissão: Animador Cultural (Técnico Superior)
E-mail:porfiriosilva@sapo.pt

Resumo

Uma carta original de Camilo Castelo Branco, existente no nosso arquivo particular, datada de 23 de abril de 1879, onde o insigne romancista acredita ter chegado “ao termo da vida”, apelando a “Ana Augusta” para se agarrar à vida, como sendo a “tábua salvadora deste filho que está ao pé de mim com a morte estampada no rosto”, numa alusão clara ao filho Jorge, que houvera sido internado no Hospital Conde Ferreira em 2 de Agosto de 1886 e saído “levemente melhorado”, em 23 de Outubro desse mesmo ano, despoletou em nós a vontade de apresentar uma proposta de comunicação que vai no sentido de, depois de nos ter sido permitido consultar o processo existente no «Arquivo Clínico do Centro Hospitalar Conde de Ferreira – SCMP», estabeleceremos uma ponte entre a “alienação mental” do Jorge e o “estigma mental” de Camilo, imputado por Júlio de Matos, através da história ancestral, onde diz descobrir uma longa mancha hereditária, do máximo peso degenerativo.

Palavras-chave: Psiquiatria, filosofia e higiene social

Abstract

An original letter of Camilo Castelo Branco, which exists in our particular archive, dated 23rd April 1879, where the distinguished novelist believed to have reached “the end of life”, appealing to “Ana Augusta” to grab life, as the “saving board of this son who is beside me with death stamped in his face”. This is a clear allusion to her son George, that had been hospitalized in the Conde Ferreira Hospital on 2nd August 1886 and left “slightly improved” in 23rd October of the same year, triggered in us the desire to present a communication proposal that goes towards, after we been allowed to consult the process in the «Clinical Archive of Conde de Ferreira Hospital – SCMP», we will establish a bridge between the “insanity” of George and the “mental stigma” of Camilo, that was accused by Julio de Matos, through ancient history, where he says that find a long hereditary stain with a huge degenerative weight.

Introdução

Como inveterado camilianista que somos (camiliano, às vezes), por influência hereditária de família, sempre nos intrigamos com algumas das “transfigurações” em Camilo Castelo Branco, quer nas cartas que escreveu quer mesmo nos seus romances. Quando investigávamos a plêiade de poetas e escritores portuenses do século XIX, com vista à publicação do nosso segundo romance «Agramonte: ou o mundo astral dos profetas» (2012), a figura de Camilo Castelo Branco sempre nos induziu para o paradoxo de um homem portador de uma instabilidade emocional profunda, ao ponto dessa instabilidade se estender também ao nível político e religioso.

Desenvolvimento do tema

Quando nos pautamos pela afirmação de que a figura de Camilo Castelo Branco sempre nos induziu para o paradoxo de um homem portador de uma instabilidade emocional profunda, sentimos isso nas relações que o mesmo estabeleceu, nomeadamente com Faustino Xavier de Novais, Soares dos Passos, Nogueira Lima e António Pinheiro Caldas, a ponto deste último acusar algum desalento – diríamos até “estado depressivo” – aquando da partida de Camilo para o seu refúgio temporário, na então vila de Viana (assim conhecida, apesar de já ter sido elevada à categoria de cidade em 1848), onde viria a ser redactor do jornal “A Aurora do Lima”, fundado dois anos antes (1855); a ver publicados os romances “Carlota Ângela” e “Cenas da Foz”; a iniciar uma relação amorosa com Ana Plácido; e a lhe serem diagnosticados os primeiros sintomas de doença oftalmológica: *Camilo Castelo Branco isolou-se numa pequena vila da formosa província do Minho; Augusto Pereira Soromenho atravessa, talvez, a estas horas as montanhosas terras da Galiza; António Coelho Lousada há muito que dorme o seu último sono, esquecido, em cova ignorada, no cemitério – o Prado do Repouso; Joaquim Simões da Silva Ferraz fixou a sua residência em Lisboa, aonde há muito tempo vive. E eu... eu daqui a dois ou três meses talvez me perca, errante, nas florestas virgens da América! Que voltas dá o mundo no pequeno espaço de treze anos!... Ou, ainda, numa outra fase ... Era aquele local, por assim dizer, o nosso templo das musas, o grémio literário dos jovens d’aquela época... E, agora, se alongo a vista, se olho em torno de mim, nem um só encontro de tantos que ali via (...)* – citamos António Pinheiro Caldas, em pequena nota à margem do seu livro de «Poesias».

Cerca de duas décadas depois (1879), já com os consumados desaparecimentos físicos de Faustino Xavier de Novais (1820-1869) e de António Pinheiro Caldas (1824-1877), Camilo escreve uma pequena carta a Ana Plácido. É precisamente essa pequena carta original de Camilo, na posse da nossa família desde 6 de Fevereiro de 1912, hoje no nosso arquivo particular, numa gentil oferta da sua neta Raquel Castelo Branco, filha de Nuno Plácido Castelo Branco e de Ana Rosa Correia, a um dos nossos ascendentes, que acabaria por reforçar a ideia que fazíamos do grande génio da literatura do século XIX, aquele que Ricardo Revez, doutorando, em 2005, em *História Cultural e das Mentalidades Contemporâneas na Universidade Nova de Lisboa*, afirmaria encarnar «o mito do homem romântico como nenhum outro escritor da sua época: perseguido por uma “sina cruel” e pelo peso de uma herança familiar “degenerada”, viveu essa “maldição” por entre amores atribulados e todo o tipo de provocações – até ao suicídio»¹.

E diz a referida carta:

Creio que cheguei ao termo da vida. Resigna-te, minha querida e até à morte amada Ana Augusta. Agarra-te à vida que é a tábuca salvadora deste filho que está ao pé de mim com a morte estampada no rosto. Segue a tua via de amargura com a coragem que tens sempre revelado. Fica neste mundo por alguns anos como quem se sacrifica ao pai na pessoa dos filhos. Lembra-lhes (...) o teu Camilo.

¹ REVEZ, Ricardo – Camilo Castelo Branco: Romântico Integral – Profissional de Letras. *História*. 26:75 (2005) 20-25.

*2 horas da noite
23 de Abril de 1879*

O despoletar da nossa curiosidade surge, precisamente, a partir do momento que tomamos conhecimento que o filho de Ana Augusta Plácido, Manuel Plácido Pinheiro Alves, por quem Camilo tinha um carinho especial, havia falecido dois anos antes, enquanto o seu filho Jorge haveria de ser internado, sete anos depois, mais concretamente a 2 de Agosto de 1886, no Hospital Conde Ferreira, de onde sairia “levemente melhorado” a 23 de Outubro desse mesmo ano. Daí concluímos tratar-se de uma alusão clara ao seu filho Jorge.

A voz recorrente desse internamento seria o médico Ricardo Jorge, célebre médico higienista que exerceu uma influência decisiva na política sanitária do país, e que se tornara íntimo do romancista, como seu médico e seu amigo:

O abaixo-assinado atesta e jura que Jorge Castelo Branco, idade 23 anos, solteiro, filho de D. Ana Plácido, sofre de alienação mental, pela qual julga ser necessária a sua internação num hospital apropriado. A doença cuja aparição ascende à infância, tem tido fases diversas, segundo se depreende da narração das pessoas de família. A mãe desde sempre lhe notou sinais de pouca sanidade mental. Aos 4 anos observaram que procurava masturbar-se de diferentes modos. Quatro anos depois foi atacado de epilepsia atribuída à ténia.

Dos 10 aos 14 anos passou por uma exacerbação mística notável, entregando-se a assíduas práticas religiosas, chegando a cingir-se a cilícios; depois passou a um absoluto indiferentismo em tal matéria.

Aprendeu a ler e a escrever e chegou mesmo a iniciar os estudos preparatórios que não pôde prosseguir por falta de capacidade, sendo para notar que sozinho em casa adquiriu razoáveis conhecimentos de língua latina entregando-se também ao desenho com certa habilidade.

A masturbação continua; há o abuso do tabaco e especialmente do álcool. Esta dipsomania é irresistível. Nestes últimos tempos tem tido períodos de agitação durante os quais tem lançado fogo, tentando contra a vida dum vizinho, insultando e batido pessoas de família e criados, etc. O pai, homem de talento, é um nevropata e um sifilítico. O avô paterno foi um alienado assim como dois tios. Eis as informações mais úteis que posso apresentar, das quais deduzo que o doente pode ser classificado no grupo dos degenerados hereditários, de que me parece ser um declarado (?) exemplar. – Porto, 2 de Agosto de 1886. – (a) Ricardo de Almeida Jorge.”¹

É o médico Ricardo Jorge quem escreve que *Júlio de Matos na papeleta do pobre Jorge, internado por nós no Hospital do Conde Ferreira – documento, seja dito de passagem, psiquiatricamente merecedor de reparos – escreveu, a respeito do pai, como estigma mental, “que oscilava entre as crenças religiosas mais arreigadas e o cepticismo mais completo”²*

¹ In: “Hospital do Conde de Ferreira”. *Caderno de Admissão* de Jorge Castelo Branco, 1.ª Secção (Homens), N.º 705, 1886-1887, História Clínica.

² JORGE, Ricardo – *Camilo Castelo Branco: Recordações e Impressões*, p. 103.

Inicialmente, quando, em 1886, Jorge Camilo Castelo Branco foi internado no Hospital Conde de Ferreira, o seu primeiro médico foi o director desse mesmo hospício, António Maria de Sena, passando pouco tempo depois para os cuidados de Júlio de Matos. De facto, seria o próprio Júlio de Matos a escrever na caderneta que cada um dos doentes tinham, como referira Ricardo Jorge, a reforçar a convicção do estado hereditário-degenerativo do filho de Camilo Castelo Branco, imputando ao conceituado romancista, também, um estigma mental. No referido “Caderno de Admissão”, no que concerne à *História Clínica*, lançamentos periódicos exigidos pelos parágrafos 7.º e 8.º do artigo 21.º, e 1.º do artigo 22.º, Júlio de Matos começa por escrever que Jorge Castelo Branco apresentou-se às primeiras observações num estado de abatimento psíquico muito profundo, emagrecimento, palidez, memória enfraquecida, desprovido de sentimentos morais, falando da família com desconfiança ou ódio. Vincula, ainda, a existência de agitações grandes, em termos comportamentais, mantendo o hábito de masturbação, consequência directa, segundo ele, muito provavelmente, de excessivos abusos alcoólicos a que Jorge se entregava.

E prossegue Júlio de Matos no seu diagnóstico, aqui sim, imputando a Camilo Castelo Branco o “estigma mental”, através da história ancestral, onde diz descobrir uma longa mancha hereditária, do máximo peso degenerativo:

A história ancestral, aliás incompleta no atestado da admissão, descobre uma longa mancha hereditária, do máximo peso degenerativo.

No lado paterno existe a alienação mental no avô e em dois tios; o pai é nevropata, espírito desequilibrado, instável nas convicções e nos afectos, oscilando constantemente entre as crenças religiosas mais arreigadas e o cepticismo mais completo, cultivando preocupações hipocondríacas, pretendendo-se em vésperas da morte há mais de 30 anos, ânimo exaltado e agressivo, amando a polémica na fase emotiva das personalidades e das referências propriamente individuais. A sua história está escrita em dezenas de livros, eminentemente pessoais todos eles e apaixonados. Do lado materno não tenho elementos a referir aqui.

O doente é filho adulterino e foi gerado em condições morais anómalas. Foi sempre um débil, não tendo conseguido mais que uma instrução rudimentar e acanhada; teve na infância ataques de epilepsia, praticou e pratica o onanismo, fuma delírio religioso há anos e entregava-se ultimamente a excessos extremos, bebendo espirituosas em altas doses; pouco antes da Admissão foi acometido de impulsões homicidas, contendo contra a existência do próprio pai. Um irmão – Nuno Plácido Castelo Branco (1864 – 1896) – é dissipador e um outro – Manuel Plácido Pinheiro Alves (1858-1877) –, filho de pai diferente (o que parece indicar vício degenerativo do lado materno), morreu de meningite, tendo sido também dissipador.¹

Maximiano Lemos, na sua obra «Camilo e os Médicos», procura não pôr em dúvida o rigor científico da apreciação que Júlio de Matos faz a Camilo, quando nos alerta para o facto de possivelmente conhecer bem o romancista, através do que a sua família lhe narraria desde a infância, tendo em conta que Júlio de Matos era filho do grande

¹ In: “Hospital do Conde de Ferreira”, *Caderno de Admissão* de Jorge Castelo Branco, 1.ª Secção (Homens), N.º 705, 1886-1887, *História Clínica*.

advogado Joaquim Marcelino de Matos, que defendera Camilo no célebre processo que lhe movera Manuel Pinheiro Alves, marido de Ana Plácido, e sobrinho materno de um amigo de Camilo, Júlio Xavier de Barros¹.

Para o médico, professor e jornalista Maximiano Lemos (1860-1923), não se descobre na fria linguagem de Júlio de Matos qualquer vestígio de simpatia pelo Camilo, afirmando mesmo acreditar que essa frieza de análise era propositada, dado que, anteriormente à internação do Jorge, cinco anos antes, estalara violenta polémica provocada por Alexandre da Conceição. Camilo referiu-se aos positivistas portugueses com acrimonia mas extremando deles, Júlio de Matos: *Neste canto do ocidente não se imagina que podridões fermentam lá fora da seita positivista que em Portugal supurou em Teófilo, em Conceição e poucos mais furúnculos anónimos, a tresandarem à volta de um bom talento, Júlio de Matos, que voeja por entre as nebulosas siderais em busca da verdade intangível; e quando cuida que o Positivismo científico lhe dá tréguas consoladoras, sente a vacuidade insondável do Positivismo religioso.* – assim escreveu Camilo Castelo Branco, na revista mensal *Ribaltas e Gambiarras*, n.º 7, Fevereiro de 1881.

É evidente que, depois disto, houve troca de galhardetes, ao ponto de Júlio de Matos se defender pela procura da verdade intangível “e, desalentado talvez pelas agruras do Positivismo científico, me volto para o Positivismo religioso, onde todavia não encontro senão vácuo...”². Abria-se assim a discussão entre positivistas religiosos de Pierre Laffitte, e positivistas científicos, discípulos de Littré. A resposta imediata de Camilo não se fez esperar, e da qual apenas transcrevemos os dois últimos parágrafos, demonstrativos da “aziomadada patologia” feita por Júlio de Matos, cinco anos mais tarde, quando se referiu a Camilo como que cultivando preocupações hipocondríacas, de ânimo exaltado e agressivo, amando a polémica na fase emotiva das personalidades e das referências propriamente individuais: «Aqui tem s. ex.^a o segundo *furúnculo*³. Nunca ninguém deu nome tão brando a sujeito de tal tomo e casta. Eu devera chamar-lhe pelo menos uma *gangrena*. / Para concluir, continuarei, se me permite, a considerar o sr. Júlio de Matos um cérebro poderosamente animado entre dois tinhosos com anasarca de orgulho.»⁴

Em 1916, Teófilo Braga esboça um pouco o estado nevropático de Camilo, alegando que «*terríveis heranças de degenerescência nervosa pesavam na organização de Camilo Castelo Branco; nos últimos vinte anos da sua vida, a sobre-excitação nervosa, agravada pelas grandíssimas catástrofes domésticas, traziam-no num estado de agitação física e de depressão moral, e por último de desalento pela calamidade da cegueira, que o impeliu ao suicídio.*»⁵ É o mesmo Teófilo Braga que nos alerta para esta possível patologia neuro-depressiva, quando nos dá a conhecer uma carta de Camilo a Ouguela, sem data, mas provavelmente muito próxima de 1872, quando o mesmo escreve: *A minha vida é sentado debaixo de uma acácia, numa cadeira de cortiça, com três livros que não leio. Dantes fumava e distraía-me a meditar na intoxicação da nicotina; agora já nem fumar posso; o cérebro aziame e fico como uma modorra*

¹ Cf. LEMOS, Maximiano – *Camilo e os médicos*, p. 562.

² Cf. Idem, *ibidem*, p. 563.

³ Referindo-se a Teófilo Braga.

⁴ BRANCO, Camilo Castelo – *Boémia de espírito*, p. 411-412.

⁵ BRAGA, Teófilo – *Camilo Castello Branco: Esboço Biográfico*, p. 47.

*dolorosa e estúpida. Em casa não posso estar. Não acho livro que me entretenha. Aqui tens o meu fim de vida. Parece que me sinto num banho de lama, à espera que esta lama se petrifique e se faça sepultura*¹.

António Sardinha, por altura do centenário do nascimento de Camilo Castelo Branco (1825-1925), plasmava em palavras comemorativas que “a definição do génio de Camilo nas suas manifestações tão desencontradas como variadíssimas, só nos será dada pelo estudo psicológico da hereditariedade do escritor. Não se trata, evidentemente, de ressuscitar os velhos processos lombrosianos, nem de ver em toda a admirável fulguração literária do grande romancista o final iniludível duma longa descendência de desequilibrados.

Reforçando a ideia inicial de que Camilo Castelo Branco sempre nos induziu para o paradoxo de um homem portador de uma instabilidade emocional profunda, ao ponto dessa instabilidade se estender também ao nível político e religioso, Ricardo Revez (já por nós citado anteriormente), defendeu, em 1985, que o exímio romancista, “romântico integral – profissional de letras”, tornou-se, a partir de certo momento, num “paradoxo constante: ora miguelista, ora liberal, ora fervoroso católico, ora um crente mais contido e crítico da doutrina. A instabilidade psíquica é também uma presença constante nas suas cartas – assim como os padecimentos físicos – e a ideia do suicídio persegue-o²”. Suicídio esse que se viria a consumir, dois anos depois de se casar com Ana Plácido, mais concretamente a 1 de Junho de 1890, altura em que já estava praticamente cego. Dez anos depois morre seu filho Jorge Camilo Plácido Castelo Branco (1863-1900).

Atendamos ao que escreveu António Simões Viana, o médico-psiquiatra vianense de quem falamos nas Jornadas do ano anterior:

Muito se tem falado já e muito mais, por certo, se irá falar, nos tempos que se aproximam, da deficiência mental.

Variadas são as suas causas: doenças infecto-contagiosas e parasitárias durante a gestação e a primeira infância, traumatismos obstétricos, cariotopias, carências alimentares, carências afectivas e anomalias do metabolismo dos aminoácidos são as mais comuns.

Se são estas as causas mais frequentes de tão grave problema não nos resta outra alternativa que não seja proceder à sua prevenção, isto é, tomar precauções para que tais factores sejam o mais possível evitados porquanto, logo que tenha surgido uma lesão cerebral causadora de oligofrenia, não existe cura para a pessoa afectada dado que, neste momento, a Ciência não conhece nenhum meio para desenvolver o indivíduo atingido ao estado funcional anormal. Contudo, sendo-lhe oferecidas oportunidades de educação, adestramento e várias terapêuticas, a pessoa atingida pode chegar a desenvolver um nível produtivo aceitável não obstante a capacidade funcional do cérebro estar ainda limitada. Daqui poder concluir-se que a resposta última ao problema da deficiência mental esteja, no fim de contas, na sua prevenção.

¹ Idem, *ibidem*, p. 48-49.

² REVEZ, Ricardo – *Camilo Castelo Branco: Romântico Integral – Profissional de Letras*. História. 26:75 (2005) 20-25.

Conclusões

É evidente que, presentemente, aos olhos da Bioética, não podemos enveredar por julgamentos precipitados, quando as acções de saúde são cada vez mais marcadas pelos paradigmas da prevenção e da cura. Hoje em dia, quem procura um psiquiatra e, conseqüentemente, venha a tomar “antidepressivos”, acaba por reforçar a ideia de que os “estados depressivos” não significarão irreversíveis “estados de loucura”.

Nos tempos que correm, tal como aconteceu com Alberto Pimentel, ocorre perguntar se a doença haverá prejudicado a obra de Camilo. Corroboramos da resposta, intrínseca à sua interiorização: NÃO SÓ NÃO PREJUDICOU COMO ATÉ LHE IMPRIMIU UMA FEIÇÃO GENIAL.

Fontes e bibliografia

ARQUIVO CLÍNICO do Centro Hospitalar Conde Ferreira – SCMP.

BRAGA, Teófilo – *Camilo Castello Branco: Esboço Biográfico*. Lisboa: Livraria de Manoel dos Santos, 1916.

BRANCO, Camilo Castelo – *Boémia de espírito*. 2.^a ed. Porto, 1903.

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

LEMOS, Maximiano – *Camilo e os médicos*. Porto: Companhia Portuguesa Editora, 1920.

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.

STEFAN ZWEIG E JOSEPH ROTH: UMA ANÁLISE PSIQUIÁTRICA DA REAÇÃO DOS INTELLECTUAIS JUDEUS AO *FINIS AUSTRIAE*

Adrián Gramary

Médico Psiquiatra

Centro de Neuropsiquiatria, Hospitais Senhor do Bonfim, Vila do Conde

Email:adrian.gramary@gmail.com

Abstract

Stefan Zweig and Joseph Roth: a psychiatric analysis of the reaction of intellectual jews to the *finis austriae* — Joseph Roth and Stefan Zweig, both writers of Jewish origin born in the Austro-Hungarian Empire, were first line witnesses of the troubled historical journey of Austria during the first third of the twentieth century. They wrote some fundamental texts for understanding the psychological experience of the Jews before the fall of the monarchy, the dissolution of the Empire, and the subsequent *Anschluss* or annexation of Austria to the Third Reich, an event that led to that kind of historic suicide called *Finis Austriae*.

Books such as Zweig's *The World of Yesterday* or Roth's *Wandering Jews*, *The Radetzky March* and *The Capuchin Crypt*, remain as essential texts to understand the power lines that tensed the Jewish population of the Empire at that time: the conflict between identity and nationality (which accounts for the appearance of the phenomena of assimilation and Zionism) and the conflict between the Western and Eastern Jews, emerging in the wake of the disappearance of *shtetls*, the Eastern traditional Jewish communities.

On the other hand, since the 20s, Roth and Zweig maintained an intense friendship that produced an abundant and rich epistolary literature that reveals the most intimate aspects of this relationship. The deaths of both writers (the former from *delirium tremens* caused by severe alcohol dependence and the latter by committing suicide) also reflect the difficulties, paradoxes and conflicts that they had to endure during their lives.

Key-words: Jew, Austro-Hungarian Empire, literature, suicide, alcoholism

Discussão

Joseph Roth foi o paradigma de *ostjuden* ou judeu oriental. Nasceu em Brody, uma cidade da Galícia, no extremo oriental do Império austro-húngaro. Esta região estava habitada na zona oriental por ucranianos (chamados *ruténios* dentro da monarquia austro-húngara), na parte ocidental por polacos, e em termos gerais por uma grande população de judeus. Uma lei promulgada em 1786 obrigou a germanizar os apelidos da população judaica, sendo os nomes de cores, como roth (vermelho), uma das estratégias escolhidas pelos funcionários imperiais. A cidade tinha três sinagogas e tinha sido o centro oriental da *Haskala* ou Iluminismo judaico e também da seita mística judaica do *hassidismo*. Brody era um produto puro do *shtetl* ou comunidade judaica da Europa oriental e ao mesmo tempo, um exemplo pungente dos paradoxos inerentes à simbiose cultural judaico-alemã.

O pai de Joseph, Nachum Roth, era um judeu educado na fé do *hassidismo*, que se dedicava ao comércio de cereais. Durante uma viagem de negócios, sofreu um surto psicótico no comboio e teve que ser internado num hospital psiquiátrico de Berlim. Nunca mais recuperou a razão e não chegou a conhecer o filho, suicidando-se por enforcamento em 1910. A ausência do pai marcou a infância de Roth e foi, sem dúvida, um dos factores que permite explicar em parte o seu desapego quase “congénito”. Parece tentador pensar que a fidelidade que Roth manifestou ao longo da vida pelo Imperador e pelo Império pode ter sido uma estratégia simbólica que Roth arranhou para suprir a ausência do pai.

Em 1901, começou a frequentar a Escola Municipal Judaica, onde recebeu aulas em alemão. Em casa, no entanto, a sua mãe transmitiu-lhe a cultura judaica oriental em *yiddish*, um dialecto do alemão medieval falado pela população judaica do centro e leste da Europa. Em 1905, ingressou no liceu, e, após completar o ensino secundário, foi viver para Lemberg, a capital da Galícia, onde se inscreveu na sua universidade. Lemberg, conhecida como a “pequena Viena”, era a capital da Galícia e a quarta cidade do Império, a seguir a Viena, Praga e Budapeste.

Contudo, o desejo do jovem Roth era frequentar uma universidade de língua alemã e no segundo ano conseguiu entrar na Universidade de Viena, onde estudou entre 1914 e 1916. Em Viena, o *ostjuden* Roth sofreu um processo que ele próprio batizou mais tarde como “assimilite”: fez desaparecer o seu primeiro nome, inconfundivelmente judeu – Moses –, esforçou-se em eliminar o seu sotaque galiciano e adquirir sotaque vienense, e começou a usar monóculo.

No entanto, a sua vida de estudante viu-se interrompida abruptamente pela Primeira Guerra Mundial. No início da guerra, Roth opôs-se a ela, mas em 1916 decidiu apresentar-se como voluntário. Roth criou imensas fantasias a volta da sua participação na guerra, só comparáveis com as que criou sobre o pai. Uma das mais curiosas é que afirmava ter sido membro da guarda do Regimento Vienense e ter estado presente em 1916 no funeral do Imperador Francisco José na Cripta dos Capuchinhos.

Ao fim de dois anos na frente, Roth regressou a casa e constatou que a Áustria pela qual tinha lutado já não existia, e que ele próprio se tinha transformado em cidadão polaco. Conseguiu ao fim de nove anos recuperar a nacionalidade austríaca, mas nunca mais recuperou a sua identidade. De facto, uma constante em todas as suas primeiras obras é o tema do sobrevivente que após o regresso da guerra verifica a ausência da pátria (*Heimat*) e cai na alienação e o estranhamento. O protagonista do seu romance *Fuga sem fim* afirma: “A monarquia austro-húngara tinha-se desintegrado. Já não tinha pátria.” A partir dessa altura Roth só se sentiu bem no estrangeiro, vivendo em quartos de hotel, transformando a sua vida numa fuga que ao mesmo tempo era a busca desesperada de uma identidade.

Curiosamente, quatro meses após a morte do Imperador, Sigmund Freud publicava o seu livro *Luto e Melancolia* (1917), onde explicava o luto como a reação patológica do indivíduo perante a perda do “objecto” amado –que também podia ser a pátria– e estabelecia as diferenças entre luto e melancolia.

Convém recordar que a Áustria-Hungria era um Estado supranacional e multinacional, multiétnico e multilinguístico, um complexo puzzle que antes da Grande Guerra incluía dezassete nacionalidades e cujo hino era entoado em treze idiomas. Uma amálgama de povos que permitiu criar uma cultura diversificada, que integrava o componente

germânico, latino, eslavo, húngaro e judeu. A obra de Roth reflete a desordem de sentimentos e o desespero niilista que se apoderou dos antigos cidadãos da *Mitteleuropa* habsbúrgica e descreveu, na *Marcha Radetzky* e *A Cripta dos Capuchinhos*, tal como afirma Magris, mais do que a sua elegia, a epopeia desse mundo. Contudo, é legítimo questionar-nos se, como escritor de um mundo extinto, não acabou por embelezar de forma romântica a realidade falseando-a também em termos políticos de maneira perigosa.

Durante os primeiros anos do pós-guerra, em Viena, num processo que parece intimamente ligado à vivência de perda de identidade associada à sua condição de apátrida, Roth começou a abusar das bebidas alcoólicas.

Em termos profissionais, contudo, durante os anos 20 e 30, as suas colaborações em jornais austríacos e alemães transformaram-no numa das penas mais famosas da imprensa escrita em alemão. Em 1922 casou com uma jovem judia, Friedl, que tinha conhecido no bairro judeu de Viena. Após viver em Berlim durante alguns anos, em 1926, o jornal *Frankfurter Zeitung* contratou Roth como correspondente em Paris e o casal deslocou-se a França.

Zweig e Roth iniciaram a sua amizade nessa época, em 1927. A sua correspondência permite acompanhar a partilha e intercâmbio de vivências sobre os acontecimentos históricos que lhes tocou viver, nomeadamente o fim do Império, a ascensão do nazismo na Alemanha e o *Anschluss*.

Em conversa com o seu amigo Morgenstein, Roth, que foi um crítico feroz do nacional-socialismo, acusou Zweig, como representante da assimilada burguesia vienense, de não ter tido uma atitude mais explícita de rejeição perante o nazismo e de desprezar os judeus orientais:

Por vezes tenho a impressão de que os nazis não lhe cairiam mal se fizessem diferenças entre os judeus orientais e ocidentais, entre judeus ricos e pobres, entre judeus famosos e não famosos. Os judeus ricos alemães pensaram no início que Hitler apenas se referia a nós, os judeus orientais.

Um dos leitmotiv do intercâmbio epistolar são os contínuos pedidos de ajuda económica por parte de Roth, aos que Zweig responde insistindo na necessidade de Roth iniciar um desintoxicação alcoólica.

Em 1928, ocorreu um acontecimento transcendental na vida de Roth: a confirmação do diagnóstico de esquizofrenia da mulher por parte de vários psiquiatras. Roth negou a doença durante cerca de dois anos e tentou cuidar dela com a ajuda de enfermeiras contratadas. Tentava agarrar-se à opinião de alguns psiquiatras que afirmavam que ela podia ter um quadro histérico. A doença de Friedl afectou decisivamente não só a situação financeira de Roth mas também o seu equilíbrio anímico, agravando a sua dependência alcoólica. Em finais de 1933 Friedl foi transferida para o hospital de Steinhof, a instituição pública para alienados de Viena. Em 1935, foi transferida para o manicómio de Mauer-Öhling, onde em 1940, dez meses depois da morte do seu marido, foi assassinada, junto com outros milhares de doentes, durante a execução do protocolo *Aktion T4*, um ensaio aplicado em doentes mentais do futuro programa de extermínio racial nazi.

Joseph Roth sempre se interessou pela loucura, que temeu herdar do pai. Numa carta escrita a Zweig em 1934 afirma: “Temo cada dia pelo meu juízo e voltam os pressentimentos de que ficarei louco à mesma idade do que o meu pai.” Não foi por acaso que o seu primeiro artigo como jornalista profissional, *A ilha dos desafortunados*, publicado em 20 de abril de 1919 no jornal *Der Neue Tag* de Viena, descrevesse uma visita ao hospital de Steinhof.

Em janeiro de 1933, logo a seguir à chegada ao poder dos nazis, Roth abandonou Berlim num comboio em direção a Paris. Os seus textos foram incluídos imediatamente na lista negra do Terceiro Reich. Em 1934, seguindo as recomendações de amigos como Zweig, fez uma tentativa de desintoxicação no sanatório de Purkersdorf, perto de Viena, sem sucesso. O seu estado físico e a sua situação financeira sofreram uma deterioração gradual. As cartas dirigidas a Zweig, em particular, estão cheias de desesperados pedidos de ajuda económica.

No outono de 1938 sofreu um enfarte de miocárdio, do qual recuperou. Na manhã do dia 23 de maio de 1939, quando foi informado do suicídio do seu amigo Ernst Toller, exiliado nos Estados Unidos, Roth foi-se abaixo. Dias depois, foi internado no Hospital de Necker, um hospital para indigentes onde entrou em *delirium tremens* ao fim de três dias e acabou por morrer de pneumonia.

O alcoolismo de Roth tinha muito de suicídio lento. Foi apresentando, nos últimos anos de vida os sintomas típicos de uma cirrose alcoólica: pés inchados, gastrite crónica, anorexia, ascite, cefaleias crónicas, náuseas e calafrios matinais. Dedicou o seu último livro, *A Lenda do Santo Bebedor*, à história de um sem abrigo alcoólico, um companheiro de destino.

No seu livro *Judeus Errantes*, escrito em 1927, aborda a vida trágica e errante dos judeus orientais. O ensaio é uma chamada de atenção contra a assimilação e a perda de raízes dos judeus orientais que emigravam para a Europa ocidental e a América. Os judeus orientais enfrentavam nessa altura uma encruzilhada com varias disjuntivas: a assimilação, a inserção no estado soviético, a participação na fundação de um estado sionista, assim como a opção entre a ortodoxia e o laicismo. Roth, profundamente vinculado ao universo cultural dos *ostjuden*, assumiu a missão de defender os seus valores e erigiu-se em acusador e crítico severo da assimilação. Contudo, ele próprio conjugava vários paradoxos de difícil articulação. As armas do seu combate na defesa do judaísmo oriental –o jornalismo e a literatura– tinham saído do arsenal da *Bildung* alemã. Ele próprio tinha passado por uma fase inicial de “assimilite” em que tentou comportar-se como um autêntico austro-alemão. Defendia a Monarquia austro-húngara, porque, como Estado supranacional, era o único que podia garantir a existência e integração dos judeus nos territórios que tinham pertencido ao Império. Tal como afirma Magris, “os judeus, sempre estrangeiros em qualquer local, consideravam-se mais facilmente súbditos de um Império que tratava de superar o princípio da nacionalidade. O império era a única pátria para os sem pátria”. Porém, o catolicismo e o legitimismo que Roth defendeu nos últimos anos, só podem ser entendidos como um produto dos problemas de identidade que surgiram para os judeus assimilados após a dissolução do Império. Tal como afirma Traverso, a especificidade de Roth encontra-se na sua dupla pertença à cultura alemã e à cultura judia da Europa oriental.

Stefan Zweig pode ser considerado, ao contrário de Roth, o paradigma de judeu burguês ocidental, assimilado e cosmopolita. Nascido em Viena em 1881, era filho de um rico industrial judeu assimilado originário da Bohemia. Representa ainda o sucesso material dessa integração, pois foi um autor com muito êxito (provavelmente o escritor austríaco que mais livros vendia na época). Ele partilha com Roth o facto de ser um produto da *Bildung* da Áustria alemã. Sem qualquer ligação religiosa com o judaísmo, declarou-se agnóstico e herdeiro da tradição humanista ocidental. Devido à sua assimilação, apesar das dificuldades para superar a dissolução da Monarquia danubiana, manteve até a altura do *Anschluss* uma atitude ambígua em relação à ascensão do nacional-socialismo, que, como já tivemos oportunidade de ver, foi objecto da crítica de Roth. Zweig já não tinha sentimento de pertença ao judaísmo e a sua identidade era a de um austríaco de língua alemã, e pensou até o último momento que o nazismo o iria respeitar pela importância da sua obra e graças à sua assimilação.

Para compreender as reacções de Roth e Zweig é necessário contextualizar o papel dos judeus no Império. Cerca do nove por cento da população urbana austríaca era constituída por judeus, e é necessário sublinhar que, no terreno intelectual, nove em cada dez austro-húngaros que se destacavam eram judeus. Autores clássicos como Schorske e Johnston analisaram com acutilância o fenómeno que fez com que muitos homens de negócios judeus (como o pai de Zweig ou de Freud) encorajassem os seus filhos a iniciar estudos universitários, convictos de que a integração na alta cultura constituiria uma segunda –e definitiva– fase de assimilação. Este fenómeno permite explicar, por outro lado, a denominada “judaização” de todas as profissões liberais que se deu na principais cidades do Império.

Esta burguesia culta, liberal e abastada, da que Zweig fazia parte, com a sua profunda vontade de assimilação, integrou-se totalmente na vida cultural da capital do Império, conferindo-lhe, em troca, o seu característico espírito cosmopolita e supranacional. Dispersos e ubíquos por todo o território do Império, embora não ligados a nenhuma das suas nacionalidades (austríaca, checa, húngara), a burguesia judia assimilada era na sua maioria leal ao imperador e ao liberalismo como sistema político e venerava a cultura austro-germânica. Em palavras de Schorske, transformaram-se no povo supranacional de um estado multinacional, o único grupo étnico que ocupou o lugar da velha aristocracia.

Em poucos anos, Zweig, tal como Roth, foi testemunha de como a sua pátria deixava de ser um império multicultural e multilinguístico, transformava-se numa república de população maioritariamente germano-falante, para finalmente desaparecer como Estado através do *Anschluss*. O nosso autor, que decidiu fugir da Áustria em 1934, após ver a intimidade da sua vivenda violada por agentes da polícia, já não tinha nacionalidade. A sua língua, o alemão, era paradoxalmente a língua daqueles que tentavam eliminar os membros da sua raça através da máquina de produção de morte mais sofisticada jamais imaginada pelo homem.

Zweig fugiu inicialmente para Inglaterra, e quando a situação na Europa se tornou insustentável para os judeus, decidiu fugir para os Estados Unidos, instalando-se finalmente no Brasil. O seu estado depressivo foi testemunhado por várias pessoas nos meses imediatamente anteriores à sua morte. Em várias cartas dirigidas à primeira mulher, Friderike, insiste na recordação insistente que o invadia nos últimos meses, a memória daqueles que como Roth, já tinham partido.

Stefan Zweig acabou por se suicidar por intoxicação com barbitúricos, juntamente com a sua segunda mulher, Lotte, na sua casa de Petrópolis, perto do Rio de Janeiro, em 1942, no fragor da Segunda Guerra Mundial. Os seus corpos foram encontrados, fundidos num abraço, rígidos e pálidos, deitados em duas camas de tamanho solteiro encostadas uma à outra. O seu suicídio bem poderia servir como exemplo do conceito de “suicídio anómico” de Durkheim. No seu estudo clássico sobre o suicídio, Durkheim definia o “suicídio anómico” como aquele que surge quando um falhanço ou deslocamento dos valores sociais provoca no indivíduo um sentimento de desorientação e de falta de significado da vida. Para o pai da sociologia, a *anomia*, como estado social, costuma aparecer nas épocas de revolução social, e determina no indivíduo um desconcerto ou insegurança que poderia corresponder ao que hoje chamamos alienação ou perda de identidade.

O médico e perito forense brasileiro Cláudio de Araújo Lima, autor do livro *Ascensão e queda de Stefan Zweig*, publicado poucos meses após a morte do autor austríaco, defende a tese de que, independentemente da análise das causas, Zweig, sofreu um episódio depressivo grave durante o seu exílio brasileiro, para o que contribuiu provavelmente o consumo exagerado de hipnóticos, que usava como automedicação para o seu problema crónico de insónia. Uma opinião partilhada pela primeira mulher de Zweig, Friderike, nas suas memórias.

Proponho ler a declaração que deixou escrita antes de morrer:

Declaração:

Antes de deixar a vida por vontade própria, com a mente lúcida, imponho-me a última obrigação: dar um carinhoso agradecimento a este maravilhoso país, Brasil, que propiciou, a mim e à minha obra, tão gentil e hospitaleira guarida. (...) Em parte alguma teria preferido reconstruir a minha vida agora que o mundo da minha própria língua está perdido e a Europa, o meu lar espiritual, se destrói a si própria.

No entanto, passados os sessenta anos, são necessárias forças excepcionais para começar de novo. E as minhas foram exauridas depois de tantos anos de peregrinar como um apátrida.

Assim, em boa hora e agindo com rigor, achei melhor concluir uma vida na qual o trabalho intelectual foi a mais pura alegria, e a liberdade pessoal o mais precioso bem sobre a terra.

Saúdo a todos os meus amigos. Que lhes seja permitido ver a aurora desta longa noite. Eu, demasiado impaciente, vou-me antes.

Conclusões

A vida e morte de Zweig e Roth refletem de forma diferente, embora complementar, as contradições e paradoxos da vivência dos judeus da Áustria-Hungria e dos seus processos de integração. As suas contradições, de difícil solução, determinaram uma situação de perda identidade e estranhamento após a queda e dissolução do Império que conduziu num caso ao suicídio e noutra ao alcoolismo crónico. Tal como conclui Magris “A nostalgia do Império era a nostalgia da harmonia do passado dentro da diversidade, a unidade na multiplicidade; por isso o seu derrube deixou órfãos os dois numa solidão provocada pela carência de raízes.”

Bibliografía

- DE ARAÚJO LIMA, Cláudio — *Ascensión y caída de Stefan Zweig*. Madrid: Alento, 2012.
- DINES, Alberto — *Morte no Paraíso: A Tragédia de Stefan Zweig*. Editora Rocco (Temas e Debates): Lisboa, 2005.
- DURKHEIM, Emile — *El suicidio*. Madrid: Editorial Akal, 1998.
- GARCÍA, Olga — *Joseph Roth (1894-1939)*. Madrid: Ediciones del Orto - Biblioteca de la Literatura Alemana, 2008.
- GIL BERA, Eduardo — *Esta canalla de literatura. Quince ensayos biográficos sobre Joseph Roth*. Barcelona: El Acantilado, 2015.
- JOHNSTON, W. M. — *El genio austrohúngaro. Historia social e intelectual (1848-1938)*. Oviedo: KRK, 2009.
- LAFAYE, J. J. — *Una vida de Stefan Zweig*. Barcelona: Alrevés, 2009.
- MAGRIS, Claudio — *Lejos de dónde. Joseph Roth y la tradición hebraico-oriental*. Pamplona: Eunsa. Ediciones Universidad de Navarra, 2ª ed. 2003.
- MORGENSTERN, Soma — *Huida y fin de Joseph Roth*. Valencia: Pre-textos, 2000.
- ROTH, Joseph — *El juicio de la historia. Escritos 1920-1939*. Madrid: Siglo XXI, 2004.
- NÜRNBERGER, Helmuth — *Joseph Roth*. Valencia: Edicions Alfons el Magnanim. Colección Debats, 1995.
- ROTH, Joseph — *Cartas (1911-1939)*. Barcelona. El Acantilado, 2009.
- ROTH, Joseph; ZWEIG, Stephan — *Ser amigo mío es funesto. Correspondencia 1927-1938*. Barcelona: EL Acantilado, 2010.
- SCHORSKE, C. E. — *La Viena de fin de siglo. Política y cultura*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2011.
- TRAVERSO, Enzo — *Los judíos y Alemania. Ensayos sobre la "simbiosis judío-alemana"*. Valencia: Pre-textos, 2005.
- VON CZIFFRA, Géza — *El santo bebedor. Recordando a Joseph Roth*. Gijón: Trea, 2000.
- ZWEIG, Stephan — *El mundo de ayer: Memorias de un europeo*. Barcelona: El Acantilado, 2002.

PINTURA E ESQUIZOFRENIA: REFLEXÕES A PARTIR DA OBRA DE HANS PRINZHORN

Pedro Macedo¹; Filipa Veríssimo²

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do
Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro

¹Médico (Interno Complementar de Psiquiatria);

²Médica (Assistente Hospitalar de Psiquiatria)

E-mail: pedromacedo33@gmail.com

E-mail: filipaverissimo@iol.pt

Resumo

A emergência dos asilos psiquiátricos ao longo do final do século XIX e início do século XX propiciaram um terreno fecundo à expressão artística dos seus doentes. A exposição e análise destes trabalhos foi objeto de estudo por vários psiquiatras, tendo inspirado diversos artistas desencantados com os modelos vigentes. *The Art Of Insanity*, obra do psiquiatra Hans Prinzhorn, datada de 1922, corresponde a um destes trabalhos, procurando pela análise da obra de artistas esquizofrénicos uma melhor compreensão da psicose. Ao longo desta obra, Prinzhorn expõe paralelamente à história clínica dos doentes e apreciação estética das pinturas, as características formais e de conteúdo que as definem, bem como a motivação subjacente ao processo criativo. Acaba por apontar um sentimento inquietante de estranheza em relação à maioria das obras.

Este trabalho procura indicar as conclusões deste autor refletindo sobre a pertinência das mesmas na compreensão do processo esquizofrénico.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Pintura, Prinzhorne, Arte

Abstract

The rising of psychiatric institutions by the end of the XIX and beginning of the XX century allowed mental patients to express themselves artistically. Many psychiatrist analysed those works, inspiring many artists, disappointed by the state of art. *The Art of Insanity*, written by Hans Prinzhorn in 1922 is one of those works, in which he pretends to better understand psychosis. Through this piece, each patient is afforded a clinical history, followed by an illustrated analysis of their work and its pathological implications. He points in each artist a disquieting feeling of strangeness.

This paper exposes the conclusions given by Prinzhorn as well as its relevance to the comprehension of psychosis.

Introdução

O mistério que envolve a loucura suscitou, desde muito, temor e admiração. A perplexidade resultante da observação deste comportamento conduziu a um fascínio por todos os meios que permitam uma melhor compreensão do mesmo. Não será assim de surpreender o “culto” de que são alvo os objetos criados pelos alienados. De facto, é rica a literatura dedicada ao estudo da produção artística desta população, sendo esta conotada das mais diversas preposições: *outsider art*, *psychotic art*, *art brut* ou arte extraordinária. Este interesse não se limitou aos alienistas com quem os loucos mais

proximamente contactavam mas também afetou diferentes círculos de artistas e historiadores. Os psiquiatras, em particular, procuravam pelo estudo das obras uma melhor compreensão desta patologia, mas também se seria possível identificar especificidades na estética destas produções.

Desenvolvimento

Apesar do longo interesse pela arte dita “louca”, a sua expressão destacou-se no início do século XIX. Para tal concorreram diferentes fatores destacando-se dois principais: a emergência da corrente criativa romântica e a preponderância do sistema asilar de tratamento. O “louco” enquanto elemento alienado da sociedade era elevado a um estatuto de herói pelos românticos, sendo celebrados como o expoente do individualismo e subjetividade. Assim, apenas os “loucos” seriam capazes de navegar em novos planos da realidade. Tal como foi eloquentemente documentado na obra magistral de Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, os conceitos de loucura e genialidade, evoluíram paralelamente. Assim, na lógica romântica, se os génios podem ser considerados loucos, também os loucos poderão ser considerados génios.

No entanto, a acumulação deste tipo de obra apenas foi possível pela formação dos grandes asilos europeus no qual foi propiciada a ocupação dos tempos ociosos pela criação de pinturas e outras formas de expressão. Assim, foram acumuladas um grande número de obras de diferentes autores ao longo de períodos longos de internamento. Esta história é paralela ao desenvolvimento da própria psiquiatria, e muitas das reflexões relativas às diferentes patologias e em particular da patologia psiquiátrica grave, entenda-se esquizofrenia, beneficiaram da análise destas mesmas obras.

No entanto, convém lembrar os importantes contributos de outros psiquiatras prévios à publicação de Prinzhorne. As primeiras referências à produção artística entre doentes mentais surgiram na obra de Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie* (1800), não havendo propriamente considerações em relação ao ímpeto criativo da mesma. É com Benjamin Rush, patriarca da psiquiatria americana, que pela primeira vez surge a ideia de que a loucura despertaria criatividade em indivíduos previamente despídos de talento. Em 1810 é publicado “*Illustrations of Madness*” (1810) do apotecário do Hospital de Bethlehem, John Haslam que se fez acompanhar de reproduções das obras produzidas neste asilo. Subjacente à edição desta obra encontrava-se a intenção do autor em provar na arte produzida a patologia dos autores. Conclusão essa contrária às de Browne, o primeiro superintendente do Asilo Real de Crichton expostas em “Mad Artists”, onde não diferenciava as obras criadas das dos artistas comuns. No entanto, algumas críticas foram apontadas a este psiquiatra nomeadamente pelo facto de ter excluído da sua análise elementos menos ortodoxos e que hoje poderiam ser classificados como *Outsider Art*.

Cesare Lombroso conhecido por colecionar obras dos seus pacientes juntou as suas impressões em *Man of Genius* de 1882, onde subscrevia a teoria de degenerescência, a qual defendia a loucura como a regressão a um estado mais primitivo do desenvolvimento humano. Tal como os românticos, comparou os loucos aos génios mas apenas para considerar estas formas como expressões alternativas de degenerescência. Também concordava com os ímpetus criativos da loucura tendo-lhe encontrado algumas especificidades nomeadamente: a excentricidade, o simbolismo, a minúcia do detalhe, a obscenidade, a uniformidade e o absurdo.

Paul Menier, alienista no asilo de Villejuif, Paris, mais conhecido sob o pseudónimo de Marcel Reja tem o mérito de ter analisado originalmente as obras dos seus pacientes de um ponto de vista estético. Nelas identificou um carácter primitivo mas negou-lhes um valor patológico, ao contrário de Lombroso. Um exemplo notável da análise individual de um artista mentalmente perturbado, é visto na obra de Walter Morgenthaler, *Mental Patient as Artist*, de 1921, onde expõe a obra do agora internacionalmente aclamado Adolf Wolfi. Esta obra tem o mérito de apreciar a produção deste artista de um modo sério e responsável.

É neste meio de discussão fecunda do papel da arte entre alienados que surge o psiquiatra Hans Prinzhorn (6 de Junho de 1886 – 14 de Junho de 1933), autor da obra *Bildnerlei der Geisteskranken* sobre a qual se debate este artigo. Não deixa de ser curioso comprovar a formação artística deste médico, o qual completou um doutoramento em história da arte e filosofia em 1908 pela Faculdade de Viena. Posteriormente, deslocou-se para Londres onde planeava tornar-se cantor, tendo iniciado aulas de treino de canto, objetivo esse que não atingiu. Só posteriormente iniciou a sua formação médica especializando-se depois em Psiquiatria. Passou então a exercer as funções, a partir de 1919, como assistente de Karl Wilmanns no Hospital psiquiátrico da Universidade de Heidelberg.

Entre outras funções coube a Prinzhorn expandir a coleção de arte produzida pelos pacientes e que havia sido iniciada pelo ilustríssimo Emil Kraepelin, tendo reunido à data da sua saída em 1921 cerca de 5000 obras de cerca de 450 autores provenientes de diferentes asilos psiquiátricos europeus, contando-se hospitais da Alemanha, Suíça, Itália, Holanda e Áustria. Enumeram-se entre as várias obras desta coleção desenhos, pinturas, objetos e colagens.

Resultado do seu trabalho clínico e análise estética de várias destas obras, Prinzhorn publica em 1922 a sua obra seminal *Bildnerlei der Geisteskranken (Artistry of the mentally ill)*, preocupando-se com os limites que separam a psiquiatria e a arte, autoexpressão e a doença. Mesmo após a sua saída de Heidelberg, as fronteiras da arte mantiveram-se nos interesses de Prinzhorn traduzindo-se na publicação em 1926 de *Bildnerlei der Gefangenen* (a arte em prisioneiros), na qual expõem e analisa diferentes obras de arte entre as quais inclui fotografias de tatuagens de arte corporal de reclusos.

Retomando a obra *Bildnerlei der Geisteskranken*, Prinzhorn propõe-se ao estudo de artistas psicóticos que denomina de “mestres esquizofrénicos”, sendo dez os artistas selecionados: Karl Bendel, August Klotz, Perter Moog, August Neter, Johnn Knupfer, Viktor Orth, Herman Beil, Heinrich Welz, Joseh Sell e Franz Pohl. Ao longo desta obra, Prinzhorn expõe paralelamente à história clínica dos doentes e apreciação estética das pinturas, as características formais e de conteúdo que as definem, bem como a motivação subjacente ao processo criativo. Acaba igualmente por discutir quais as implicações psicopatológicas destes trabalhos.

O que de algum modo se torna revolucionário na obra deste autor é que para além de olhar para estas obras como uma alternativa à compreensão da vivência da psicose, procura pelo mesmo objeto entender a base da capacidade criativa. Como o próprio explica “*we are more interested in the characteristics which cannot under any circumstances be pathological and in those which are the beares of positive creative values*”. Torna-se também interessante verificar que no próprio título, o autor privilegia o termo *Bildnerlei* (fazedor de imagens) a *Kunst* (arte), reforçando assim a falta de

liberdade criativa, auto-reflexiva e de talento destes pacientes em oposição a outros artistas considerados saudáveis e em pleno uso da sua razão.

Tal como já foi citado, uma grande parte do interesse de Prinzhorne recaiu no entendimento do processo criativo. Assim descreveu diversas intencionalidades na criação que denominou como “tendências”. O autor identifica uma tendência lúdica associada a uma ideia de divertimento, a qual se manifesta de um modo impulsivo, incorporando componentes pictóricos de um modo quase automático. Citando as palavras de um dos “mestres” Perter Moog: “vai-se pintando e vê-se como corre”, sem plano definido. Identificou igualmente três outras tendências que definiu de decorativa, construtiva e também de reprodução. Estas diferentes tendências são naturalmente de difícil diferenciação podendo igualmente coexistir. Cita ainda uma última tendência de necessidade simbólica. De facto, no caso de Viktor Orth em que sublinha o aspeto autista da doença (não existindo uma ligação ao mundo externo), Prinzhorn realça “uma necessidade urgente indeterminada” de criar imagens muitas vezes com conceções mágicas resultantes de “uma cadeia de associações oníricas”.

Considerações acerca das características formais das obras tornam-se interessantes pela informação que trazem relativamente ao pensamento dos seus autores, nas palavras de Prinzhorn “o problema não é a qualidade formal mas o puzzle de processos psíquicos que determinam os motivos”. Surgem portanto figuras de duplo significado que na opinião de Prinzhorn decorrem de “fenómenos de contaminação” nas quais inclui alucinações, imaginação em períodos de fantasia e fenómenos de associação livre. Ao longo das diversas obras é identificável uma grande riqueza simbólica dos desenhos, realismo intelectual, estilização e repetição e aglutinação das imagens. Este conjunto resulta na criação de múltiplas imagens compostas e fundidas, num conjunto de formas humanas, animais, vegetais ou minerais resultando em conteúdos originais “de grande significado mágico”.

Quanto ao conteúdo é observável como cada um dos autores se repete ao longo dos diferentes temas, exemplo mais evidente no caso de August Klotz e as suas variações de pássaros. São comuns a representação de minerais, animais e vegetais revestidos de algum significado mágico e ausência de realismo. Também recorrente é o uso de temática obscena e a representação de hermafroditas. A descrição paralela da história clínica permite nalguns casos entender a origem destes motivos pictóricos em relação com a temática dos delírios.

Refletindo sobre a estética desta arte, Prinzhorn frequentemente a compara com exemplos da arte pueril. Os paralelos de facto existem nomeadamente pela falta de realismo e clareza dos desenhos. No entanto, o psiquiatra identifica uma transição mais abrupta do corpo humano para os membros. Compara igualmente estas obras com alguns objetos da escola expressionistas nomeadamente Franz Marc, pintor alemão que se destacou na representação de animais simbólicos.

Mas retomando a questão original e motivadora do livro, ou seja, da existência ou não de características distintivas da arte esquizofrénica, Prinzhorn propõe ao observador a colocação da seguinte questão “Porque não?”, entenda-se, porque não seria possível este quadro existir?

A esta questão o autor responde que a especificidade não reside em “desenhar sem propósito”, mas sim “no prazer que é alcançado em atingir ligações entre pontos que não podem ser ligados pela lógica, permanecendo num estado de tensão que não é

resolvida”. Na sua opinião a pergunta não obtém resposta quando surge uma “associação a ideias de origem mais profundas de temática mágica”. À semelhança de Jaspers que defendia a existência de um corte com a realidade no processo esquizofrénico, Prinzhorn defende que os objetos representados “não são acompanhados de um significado secundário, antes são desprovidos dele, encontrando apenas ressonância através da experiência esquizofrénica”. Assim estes mestres “despertam uma resposta emocional mais profunda, sendo os outros elementos apenas analisados como excentricidades”. Estas obras representam “um completo isolamento autista e solipsismo macabro que excede grandemente os limites da alienação psicopatológica... a essência da configuração esquizofrénica”.

A procura de compreensão de processos mentais esquizofrénicos pela análise de incursões artísticas pode ser polémico mas de facto, a única demonstração inequívoca da perturbação de pensamento é por meio da linguagem. E de alguma forma a expressão pictórica acaba por ser também ela uma forma de linguagem. O estudo da alteração da linguagem em esquizofrénicos é longo, tendo no seu entendimento a contribuição de vários psiquiatras clássicos e podendo manifestar-se ao nível de alterações no uso de palavras, gramática e conceptualização. Em 1919 Kraepelin realça a alteração do nível metafórico em esquizofrénicos que denomina de acatafasia, sendo que Bleuler já havia apontado a perda de associação de ideias como um dos sintomas fundamentais da patologia. Nos anos 40, Cameron descreve assindesia, como uma incapacidade de preservar os limites conceptuais, manifestando-se pelo uso de metonímias (expressões imprecisas) e pensamento sobre-inclusivo. Estas conclusões encontram paralelos com o pensamento concreto de Goldstein. Também Kleitiz realça a diminuição do número de palavras que se reduz à utilização de palavras-chave (a mesma palavra é utilizada com diferentes significados, não necessariamente os mais corretos) e pela criação de neologismo por estes pacientes.

Esta atitude foi retomada por Eric Cunningham Dax um psiquiatra Australiano que também se dedicou a colecionar as obras criadas por doentes mentais, considerando que *“the same syndromes are seen in the paintings as in the clinical examinations”*. Na sua opinião a pintura é uma forma importante de comunicação não-verbal e permite a ilustração permanente do estado emocional do doente. Assim na sua opinião a arte produzida por artistas esquizofrénicos comunica os sentimentos dos doentes e podem contribuir para uma melhor compreensão da psicopatologia.

O impacto

A mensagem deste livro obteve grande ressonância junto de certos círculos artísticos, particularmente os menos ortodoxos. Tal não será de surpreender se considerarmos a rejeição dos cânones artísticos impostos e o fascínio por novas formas de expressão (em particular as que se afastavam da linguagem pictórica clássica de tipo figurativo-ilusionista) entre os artistas do final do séc.XIX, início do século XX. Entende-se assim o interesse por formas marginais como arte pueril, arte primitiva e a arte dos doentes mentais.

Já alguns elementos do movimento expressionista como Paul Klee havia celebrado a capacidade das crianças e loucos em ver o mundo de formas alternativas. É contudo com o movimento surrealista que a expressão de admiração pela arte dos alienados atinge o seu expoente máximo. A emergência no início do século XX revolucionou não

só a prática da psiquiatria mas a sociedade europeia como um todo. A familiarização de artistas com os conceitos de inconsciente, interpretação dos sonhos e escrita automática levaram à procura de inspiração em terrenos perturbados e sombrios. A loucura é assim celebrada como um estado de liberdade total não sujeito às regras da sociedade burguesa. Nesta perspectiva os loucos representavam o apogeu a liberdade criativa. A prisão estaria não dentro dos asilos, mas fora, podendo a liberdade ser alcançada por exploração do interior.

Entende-se assim o interesse que a obra de Prinzhorn e a coleção de Heidelberg criaram nestes meios. Crê-se que tenha sido Marx Ernst, pioneiro do dadaísmo e surrealismo e ele próprio versado em Psiquiatria e Psicologia pela Universidade de Bona, a introduzir *Bildneri der Geisteskranken* nos círculos surrealistas. De facto, este pintor tinha visitado vários asilos durante a sua juventude, inclusive o de Heidelberg, onde teria contactado com a coleção.

Mas não só Ernst estaria familiarizado com a Psiquiatria. André Breton, outro marco do surrealismo, envolveu-se num relacionamento com uma jovem mulher que rapidamente desenvolveu uma perturbação psicótica, estando este processo redigido no romance *Nadja*. Antonin Artaud, um colega de Ernst e Breton foi julgado insano tendo sido internado no asilo de Rodez, onde foi sujeito a electroconvulsivoterapia. A sua obra reflete esta temática e na sua opinião a sociedade seria hostil a homens de génio, encerrando-os em asilos.

Numa atitude oposta aos surrealistas, a propaganda nazi, arquitetada por Goebbels, procurou pela comparação com arte louca, ridicularizar a obra de artistas dissidentes do sistema, como foi o caso de Kokosha, Kadinski e Switters, apelidando-os de inúteis e anormais. O paradigma desta postura manifestou-se na exposição de *Entarte Kunst*, Arte Degenerada (Munique, 1937), na qual milhares de exemplos de arte asilar foram colocados lado a lado de arte contemporânea.

Mais meritório será o esforço de Dubuffet em armazenar um arsenal considerável de obras ao longo de diferentes localidades europeias, o qual se encontra agora exposto em Lausanne desde 1976, sob o nome de Coleção de Arte Bruta de Lausanne (Outsider Art). Enquanto verdadeiro discípulo da arte de Prinzhorn, Dubuffet predispôs-se ao estudo da “operação artística completamente pura, crua, bruta, inteiramente inventada em todas as suas fases, guiada apenas pelos impulsos do artista”.

Passado quase um século da publicação desta obra, torna-se indesmentível, a sua influência na compreensão da vivência psicótica mas ainda mais na herança da arte contemporânea da primeira metade do século XX.

O mérito original desta obra reporta-se ao modo com o seu autor colocou os “mestres esquizofrénicos” ao nível do artista comum. A comparação constante com formas primitivas de expressão artística celebra estas criações de “expressão não mediada e pura de autenticidade e primordialidade”, como representantes do mito da arte primordial (Brand Claussen). O louco, estranho às normas de uma sociedade considerada demasiado burguesa e castradora, valida o Homem enquanto modelo cultural. Numa atitude prudente Prinzhorne acaba contudo por advertir que esta alienação é imposta no esquizofrénico, resultando no artista comum de um exercício de imaginação e autoanálise.

No entanto, outros autores criticam o excesso de identificação primitiva nestes doentes. De facto, acusam o autor de ter ignorado traços culturais da época em que as obras

foram criadas, nomeadamente pela imagética industrial e pela própria influência da institucionalização. Para alguns estas obras devem ser compreendidas como maneiras alternativas de olhar para a realidade, nascida de extremos de sofrimento e angústia, sendo difícil a sua interpretação, já que não são enquadrados num movimento artístico ou escola intelectual.

Por outro lado, enquanto exercício de compreensão da vivência psicótica, alguns autores criticam a procura de significado em obras produzidas ao acaso. De facto, considerando a perspetiva Jasperiana da esquizofrenia enquanto processo, o próprio significado é afastado do seu significante. Assim existe na origem um problema de compreensão, já que o artista que pintou e a pessoa representada pela pintura existem em diferentes planos. Em termos psicanalíticos, cada atividade por parte do paciente é uma tentativa de atribuir significado para contrariar o significado erosivo da psicose na própria existência. Uma obra de arte é um bloco do mundo do criador, a representação do seu *self*, o que faz repensar nos contributos modernos da arteterapia na melhoria do insight destes doentes.

Conclusão

Independentemente destes factos não deixa de ser meritório o esforço de Prinzhorn em comparar a evolução clínica do doente com o progresso da sua produção artística. Apesar de algumas elações mais forçadas, trata-se de uma tentativa notável de compreensão da vivência esquizofrénica e da desagregação do pensamento que a patologia condiciona. À semelhança de um sentimento de perplexidade vivenciado com estes doentes em consulta não deixa de ser curioso que Prinzhorn realce face às obras um transversal “inquietante sentimento de estranheza”.

Referências

1. Prinzhorn, Hans — Bildneri der Geisteskranken: ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung. Springer-Verlag, 2013.
2. Oyeboode, Femi — Sims' symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology. Elsevier Health Sciences, 2008.
3. Beveridge, Allan — "A disquieting feeling of strangeness?: the art of the mentally ill." Journal of the Royal Society of Medicine 94:11 (2001) 595-599.
4. Jones, Karen, et al. — Framing Marginalised Art. UoM Custom Book Centre, 2010.

LA PARTICIPACIÓN DE LOS PSIQUIATRAS PORTUGUESES EN EL I CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (1950) EN PARÍS.

M.A. Miguelez Silva^{1a}; Maria Piñeiro Fraga^{1b};

M^a José Louzao Martínez^{2a}; T. Angosto Saura^{3a}

¹SERGAS-Vigo; ²City mottagningen. Psykiatriska kliniken i Norrköping. Suecia;

³Hospital Vithas N^a S^a de Fátima (Vigo)

^aMédico Psiquiatra; ^bEnfermera especialista en Salud Mental

E-Mail:tas@jet.es

Abstract

The First World Congress that took place in Paris in 1950 was of great importance for Psychiatry as a specialty in the medical world, as it contributed updating the different treatments that had been used in those years. It also gave the opportunity to discuss all the current theories about the mental illness. Additionally, it provided information about the psychiatry's state-of-the-art to a lot of doctors that were isolated after WWII. The creators of the at that time usual therapies and the great wise men in mind theory got together for the first occasion.

The participation of portuguese psychiatrists and neurologists consisted of 29 professionals, many of which participated actively with papers. Even Dr Barahona Fernández coordinated the talk about Prefrontal Leucotomy. This talk tried to research and analyze the subjects of his interventions, which are included in the 13 books of the Proceedings of the aforementioned First World Congress of Psychiatry.

Introducción

El 1º Congreso Mundial de Psiquiatría de París (1950) fue de gran importancia para la Psiquiatría como especialidad en el mundo de la medicina ya que puso al día los tratamientos que se estaban empleando en esos años y proporcionó la ocasión de discutir las teorías vigentes sobre la enfermedad mental de la época, al mismo tiempo que permitió actualizarse científicamente a muchos psiquiatras que se encontraban aislados después de la II guerra Mundial. Como dice el presidente Jean Delay en el discurso de inauguración; por primera vez se reunieron los creadores de las terapias que se estaban utilizando en la práctica diaria. También en el Congreso se encontraron e intervinieron las psicoanalistas Anna Freud y Melanie Klein que por aquel entonces mantenían un fuerte enfrentamiento, y otros ya incipientemente influyentes como Jacques Lacan muy activo durante el Congreso. También acudieron F.Alexander, Binswanger, Minkowski y por supuesto H.Ey.

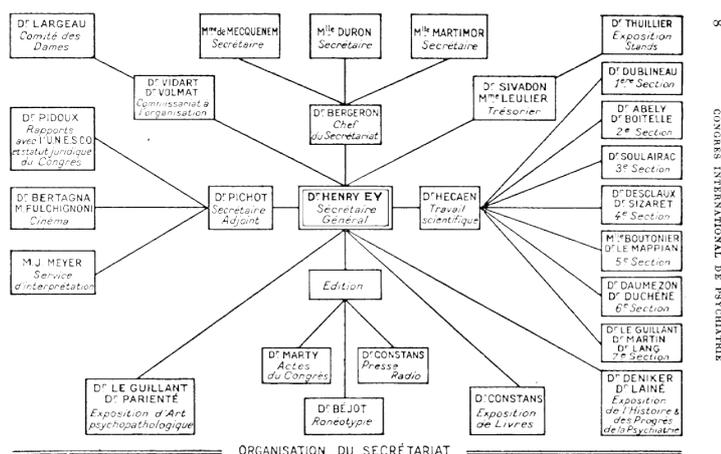
El Congreso tuvo lugar en París en el mes de septiembre de 1950, entre el 18 y el 27. Hubo una reunión en octubre de 1947, tres años antes, en la que participaron 33 países entre ellos Portugal, con el fin de preparar la organización.

Este trabajo se ha basado en la información contenida en los 14 libros publicados por Hermann&Cia,Editores de 1950 que recogen, tanto las Ponencias como los Compte Rendu (Registros) de las discusiones, los simposios etc.

El presidente del Congreso fue Jean Delay y el Dr Henry Ey actuó como Secretario. Figuraban como Presidentes de Honor, entre otros Pierre Janet que había fallecido en

febrero de 1947, justo el mismo año en que se inician las reuniones para la organización, por lo que se le nombra Presidente In Memoriam. Se establecieron en un principio 6 ponencias que finalmente serian 7 al añadir la de Psiquiatría Infantil.

Este es el complejo organigrama de la organización del Congreso:



Por parte de Portugal acudió la **Sociedad Portuguesa de Neurología y Psiquiatría** ubicada en Lisboa en la Rua Travessa dos Arneiros, representada por el Dr Antonio Flores que actuó como portavoz en las reuniones.

Dinámica del Congreso

Las ponencias se editaban con anterioridad y se discutían en las asociaciones de los países que iban a estar presentes. Las ponencias previstas fueron seis :

- I. Psychopathologie Générale.
- II. Psychiatrie Clinique. Applications des méthodes de tests à la Psychiatrie clinique.
- III. Anatomie-physiologie cérébrale et biologique. Anatomie-physiologie cérébrale à la lumière des lobotomies et topectomie.
- IV. Thérapeutique biologique. Indications respectives des methods de choc.
- V. Psychotérapie. Psychanalyse. Médecine psychosomatique. Evolution et tendances actuelles de Psychanalyse.
- VI. Psychiatrie sociale. Genetique et Eugénique

Hubo siete sesiones plenarias sobre los temas elegidos en las que los autores hacían un resumen de la ponencia, elaborada y publicada previamente, luego se hacía un informe de las discusiones que habían tenido lugar en los países participantes, este informe era seguido de las discusiones de los presentes y de comunicaciones sobre el tema tratado

en la ponencia, además de otros simposios sobre temas más concretos. Todas estas intervenciones quedaron recogidas en los 7 libros de Comptes Rendus (Discusiones, registros de comunicaciones) ya que se añadió, como dijimos, un Tomo más dedicado a Psiquiatría Infantil. Además hay un 8º Tomo que contiene las Actas Generales del Congreso.

Acuden en total delegaciones de 29 países representados por 39 sociedades profesionales. No acuden la mayoría de los países del este (salvo la actualmente desaparecida Yugoslavia). Se reúnen más de 2000 psiquiatras que figuran inscritos.

Psiquiatras portugueses que figuran en la relación de inscritos:

1. Almeida Amaral, Manuel de (Lisboa)
2. Alvim Costa, Carlos (Coimbra)
3. Aparicio Pereira, Emilio (No figura)
4. Arango Alfredo de Almada, C. (Lisboa)
5. Araujo H. Gomes (de) (Porto)
6. Assis Pacheco, Olinda (de) (Lisboa)
7. Assuncao Américo José (Lisboa)
8. Bahía, José Junior (Porto)
9. Barahona Fernández H.J. (Lisboa)
10. Bastos de Barros, Marcelo (Porto)
11. Correia D'Oliveira (Coimbra)
12. Costa (Da) Leite (M) (Lisboa)
13. Flores Antonio (Lisboa)
14. Fontes, V. (Lisboa)
15. Fragoso Mendes, J.M. (Lisboa)
16. Furtado Diogo (Lisboa)B
17. Gomes Fréderico Fernandes (Coimbra)
18. Granada, Mario Alfonso (Coimbra)
19. Horta, José Pedro (Lisboa)
20. Magalhaes, Fernando (Lisboa)
21. Moraes Bertha (de), Jesús (Lisboa)
22. Neves Pimental das, Fernando (Porto)
23. Pereira Henrique Gregorio (Porto)
24. Polonio P. (Lisboa)
25. Santos (dos) Joa Augusto (Lisboa)
26. Schneeberger de Ataíde (de) J (Lisboa)
27. Seabra-Dinis (Lisboa)
28. Soeiro Luis Navarro (Lisboa)
29. Sousa Chicharro (de) Vasco (Lisboa).

Durante el Congreso se realizaron dos Exposiciones:

Exposición de la historia y el progreso de la psiquiatría: Los representantes portugueses para esta exposición fueron el Dr A.Flores, el Dr Almeida Amaral y

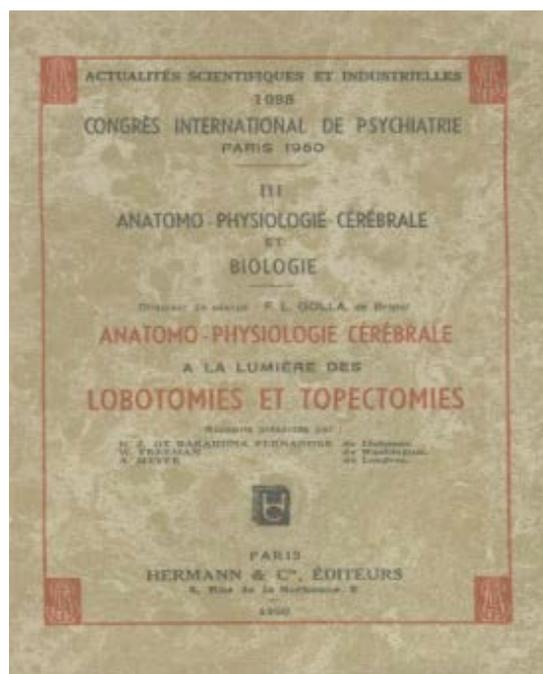
M.Lino (no figura en el listado de inscritos) . Se recoge en la reseña (realizada por Deniker) que se hizo una exposición de fotografías de psiquiatras clásicos de todos los países. Por parte de Portugal se expusieron las fotografías de Julio de Matos-Lemos (1855-1931) y M.Bombarda (1851-1910).

Exposición Mundial de Arte Psicopatológico: Entre los días 21.09.1950 y 14 de noviembre de 1950 se celebró una exposición de arte y psicopatología en el Centro Psiquiátrico de Saint Anne. Se proyectaron también películas de carácter artístico o científico. De carácter artístico pero con un interés psicopatológico, vinculadas con España, se proyecta *El perro andaluz* y *La edad de Oro* dirigidas por Luís Buñuel. Dentro del marco científico no hubo ninguna aportación por parte de la psiquiatría portuguesa.

Vamos a referir las intervenciones de los psiquiatras portugueses:

PONENCIAS

Ponencia III



La intervención portuguesa más importante fue la del Dr.Barahona Fernández que interviene en la Ponencia III junto a los doctores Freeman y Meyer, como dijimos publicada antes del Congreso y para ser discutidas durante este. Dicha intervención se trata de un artículo de 49 páginas que figura en el Tomo III de ponencias (pag 1-49) y que tiene como título:-“Anatomo-fisiología cerebral y funciones psíquicas en la lobotomía pre-frontal”.

El autor ensaya establecer las relaciones existentes entre la anatomo-fisiología cerebral y las modificaciones de las funciones psíquicas en la leucotomía.

En la introducción plantea algunos problemas de orden general: bases teóricas, métodos de estudio fundados en la experiencia terapéutica; importancia de los hechos psiquiátricos, dificultad de aplicación a lo normal de la experiencia adquirida sobre hechos patológicos, valor relativo de los hechos anatomo-fisiológicos, psicológicos, sociales, etc.

Divide su intervención en seis apartados:

I. Investigaciones anatomo-fisiológicas y biológicas

Resume las investigaciones que tienen interés para su informe: lóbulo frontal, orbitario y cingulum; sus conexiones con los otros lóbulos, el tálamo y el hipotálamo; sistema de las vías aferentes hipotálamo-frontales y sus relaciones con el tálamo; las vías eferentes; y también, los síntomas vegetativos (viscerales, metabólicos, etc.)

II. Investigaciones psicológicas

En este apartado hace una crítica de las investigaciones psico-patológicas, psicológicas, experimentales y sobre la conducta social de los lobotomizados, haciendo hincapié sobre las alteraciones de los factores intelectuales.

III. Modificaciones de los “síntomas”

Resume los resultados de los estudios clínicos y psicopatológicos del autor y sus colaboradores, que en síntesis, son los siguientes: disminución de las alteraciones patológicas de la excitabilidad afectiva, de los impulsos, y de la actividad en general, en relación con las funciones centrales de la personalidad, y, por el contrario, aumento de la actividad de reacción a los estímulos externos; baja más o menos acentuada del nivel de la personalidad. Esta transformación global se explicaría mediante un mecanismo de “sintonización” regresiva y comprende dos aspectos:

- 1.-Apertura y exageración de las reacciones ante las circunstancias y la acción del medio ambiente;
- 2.-disolución e indiferenciación de ciertas funciones psíquicas, mecanismo que es analizado desde un punto de vista psicológico y evolutivo.

IV. Mecanismos de las modificaciones de los síntomas

Resume y juzga las diferentes explicaciones sobre los efectos de la leucotomía, dadas por los distintos autores, teniendo en cuenta especialmente las relaciones entre las modificaciones cerebrales y los trastornos psico-patológicos, como: acción sobre el tono afectivo; participación del yo en los fenómenos mórbidos; mecanismos psicológicos (psicoanalíticos y otros) y encefálicos (circuitos eléctricos, etc); acción cuantitativa del déficit, nuevas posibilidades de reintegración de las funciones después de la disolución (desintegración) producida por la intervención cerebral.

V. Ensayo de síntesis

Hace una tentativa de aproximación, en un sentido global, entre los hechos anatómicos, biológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales, observados personalmente o descritos en la literatura respectiva. Para ello utiliza los puntos de vista “jacksonianos”.

Refiere que la observación de los “leucotomizados” (después de los primeros efectos de la “diasquisis”) muestra:

-Alteración del tono emocional e instintivo (vital) y de ciertas funciones psicomotrices, de la afectividad y de la ideación, en sus relaciones con la personalidad.

-Ningún síntoma de déficit de las actividades visuales, auditivas, táctiles y de otros sistemas exteroceptivos, aún de las funciones más elevadas (gnósicas, fásicas y práxicas), de las actividades propioceptivas y de los efectores de nivel “neurológico”.

Establece un mejoría que el Dr. Barahona llama “**sintonización regresiva**” (mejor relación con el medio ambiente; deterioración de ciertas funciones de la personalidad), y en lo que concierne a la sensibilidad, por la alteración de la repercusión emocional y de la participación del yo en la sensibilidad visceral y de ciertos dolores, en contraste con la normalidad de todas las formas de la sensibilidad exteroceptiva (que aún pueden encontrarse exaltadas).

VI. Problemas pato-fisiológicos y pato-psicológicos

Las transformaciones provocadas por la leucotomía se manifiestan de manera diferente en los distintos síndromes psiquiátricos. El autor analiza los cuatro ejemplos siguientes: melancolía ansiosa, delirio de

autoreferencia, estado obsesivo y esquizofrenia paranoide; y muestra en cada caso la diversa participación de los siguientes mecanismos:

1-efecto de “choque” sobre las funciones vitales (“biotónicos”) en relación con el tronco cerebral (diencéfalo, etc)

2-alteración de la afectividad, actividad e ideación elementales, y repercusión sobre el “fondo” biológico de reacción sobre el cual se desarrollan las experiencias subjetivas del enfermo;

3-efecto sobre la personalidad de la “sintonización” regresiva (ya comprometida en parte, según lo dicho en el párrafo precedente) cambiando la forma de la reacción global y la actitud del enfermo en las relaciones entre sus propias actividades personales y las influencias externas



En las discusiones de la III Ponencia, el **Dr. Barahona** interviene, esta vez de viva voz, haciendo un resumen de su ponencia (**Tomo III de Compte Rendu pag 11-20**) pero antes realiza una pequeña introducción en la que agradece el honor que se le ha hecho de poder tomar la palabra durante el Congreso para exponer un tema muy querido por los psiquiatras portugueses como es la leucotomía.

Refiere que el Profesor Egas Moniz le encargó que transmitiera sus disculpas por no haber podido presidir la sesión¹. El Dr Barahona habla de la gran responsabilidad que para él es hablar de este tema que el mismo había propuesto en las reuniones previas de 1947, al mismo tiempo que se declara un clínico que trabaja con otros profesionales como son los neurocirujanos y psicólogos y que se interesa por la fisiología y patología mental.

El Dr H. Hecaen hace un resumen de las discusiones de la III Ponencia que tuvieron lugar en los países de origen, mencionando en algunos casos a los asistentes. Destacaremos lo que dijeron los comités portugueses de los cuales no sabemos su composición y lo que opinaron algunos asistentes sobre la disertación del Dr. Barahona.

¹ Según parece ya estaba enfermo. Tampoco había podido recoger el Premio Nobel unos meses antes, en Diciembre de 1949, en Estocolmo. E.Moniz fallecería en 1955

Hecaen también menciona la objeción del Dr. Ajuriaguerra (1911-1993), psiquiatra español en aquellos momentos exiliado, a los datos sobre el síndrome anérgico de la lobotomía en el sentido que hay que tener en cuenta que se realiza sobre personas ya enfermas y no se ha tenido en cuenta la personalidad premórbida. (Pag 35).

En la discusión sobre la intervención de Hecaen interviene el **Dr A. FLORES** (Lisboa). En ese momento catedrático de NRL desde 1945 sustituyendo a Egas Moniz. Desde 1942 hasta 1945 sería Catedrático de Psiquiatría. (pág. 52-56). Inicia su exposición rindiendo homenaje de los psiquiatras portugueses y al Prof. W . Freeman por su contribución a la expansión de la idea de psico-cirugía de Egas Moniz . Llama la atención sobre la dificultad para determinar las incisiones cerebrales de la leucotomía por medio de puntos de referencia craneanos y de apreciar la extensión de las lesiones operatorias en consecuencia de las zonas de reblandecimiento y de las cavidades quísticas producidas por la operación. A propósito del relatorio del Dr. Meyer, el Dr Flores, adopta los puntos de vista de la escuela de O. Vogt (en cuyo instituto de Berlin, Flores, hizo una rigurosa investigación sobre la mieloarquitectura) sobre la cito y mieloarquitectónica del lóbulo frontal, a los cuales atribuye, como a las correlaciones cortico-talámicas de Meyer y a los trabajos sobre "*Fasersystematik*" de Vogt y Hassler, un sentido localizativo. Finaliza aludiendo a la necesidad de proseguir estudios más profundos de la corteza frontal con los métodos consagrados u otros más perfeccionados, con vista a una diferenciación fisiológica.

Expresa que la experimentación psicoquirurgica ha despertado en los Psiquiatras el interés por el conocimiento anatómico del cerebro...y esto representa para el porvenir una fuente fecunda de progreso de nuestra ciencia psiquiátrica.

El Dr J.P.L. Villamil¹ (Vigo, España): Realiza un elogio de las exposiciones de Barahona y Freeman en relación a las lobotomías pero mantiene una actitud de alerta por los resultados comunicados por Meyer en el sentido de la reactivación de los síntomas psicóticos después de la leucotomía total. Tampoco se muestra de acuerdo con la leucotomía precoz propuesta por algunos representantes de EEUU. Dice que hay que tener en cuenta la personalidad premorbida y pensar que el deterioro causado no debe ser superior al que cause el proceso esquizofrénico.

El Dr.Rylander (Estocolmo): (Pag 85) juzga demasiado especulativa la teoría de la "sintonización regresiva" ya que no tiene en cuenta la verdadera naturaleza de los cambios operados por la lobotomía. Tampoco está de acuerdo con las conclusiones de Freeman sobre las neurosis y la acción de la lobotomía sin embargo el Dr Rylander se muestra partidario de la leucotomía inferior con anestesia o "*Undercutting*".

El Dr.Barahona) (Pag 104) responde agradeciendo todas las referencias sobre su comunicación y contesta al Dr. Rylander: ciertamente las especulaciones son muy peligrosas, pero sin la "teoría", donde nació la leucotomía, no sería posible discutir hoy este tema interesante.

¹ Jose Pérez López Vilamil (1904-1996). Psiquiatra. Fue Catedrático de Medicina Legal en la Universidad de Santiago de Compostela. Escribió un libro de texto de Psiquiatría.



En los Comptes Rendus de la **PONENCIA IV** sobre **Terapéuticas Biológicas**, contienen las objeciones de la comisión portuguesa sobre este tipo de tratamientos. Son leídas por el **Dr. DIOGO FURTADO** y que se pueden resumir en:

—El empleo de electro-choque bajo narcosis, se utiliza con más y más frecuencia en Portugal, donde han constatado que los barbitúricos endovenosos reducen la angustia y las convulsiones evitando la postración post-crítica....

—La asociación de la metilfenil-hidantoina disminuye la intensidad de las convulsiones (Portugal y Suiza).

—El electro choque funcionaría como un “stress” y provocaría: un fenómeno cerebral, la crisis convulsiva es responsable de los cambios intelectuales; un fenómeno endocriniano, suprarrenal-hipofisiario actuando sobre la afectividad y un factor psicogenético de naturaleza coercitiva....”.

—El Dr Diogo Furtado asegura que tienen experiencia de 6000 choques eléctricos aplicados en 800 enfermos, y solamente ha tenido tres accidentes graves: fractura de húmero, absceso pulmonar y luxación vertebral....

—Aunque la mayoría de los países expresan que el método de Fiamberti debería practicarse en grande escala, en Portugal los resultados del método de Fiamberti¹ han sido negativos fuera de la timopatía ansiosa, donde la A.C permite la psicoterapia. Así pues no admiten en este país, la hipótesis de una psicosis acetilcolínica y el aporte del influjo nervioso por la acetilcolina, dadas las sustancias inhibitoras de la colinesterasa y sus efectos nocivos sobre el psiquismo.

—Diogo Furtado reporta el fracaso del tratamiento en Portugal con CO₂ en las neurosis.

¹ Amaro M Fiamberti: Creador de Leucotomía Transorbitaria y Hipótesis de la Acetil Colina (AC): La esquizofrenia es un déficit de la transmisión de la AC

—Para Portugal los criterios clínicos y bioquímicos de la oneirofrenia¹ ponen en tela de duda la existencia de esta afección.

—Los tratamientos más utilizados en Portugal en aquella época: TEC seguido de la Insulinoterapia y del choque Choque de cardiazol.

—El tratamiento electroconvulsivo es el más utilizado en las Depresiones Melancólicas y Estados crepusculares.

—Los psiquiatras portugueses recomiendan la asociación de psicoterapia a los tratamientos biológicos.

En este mismo Comte Rendu interviene el **DR. PEDRO POLONIO**, en la Sesión de comunicaciones sobre Indicaciones de los métodos de Choque. Con una disertación sobre “*La insulina y la insulino-cardiazol sobre las enfermedades mentales.* (pág. 184-187 Tomo IV). Refiere una experiencia con 500 enfermos mentales tratados por los métodos de “shock” y 436 enfermos-control, seguidos en un periodo de 5-10 años siendo estudiados los efectos en cuanto a la calidad y estabilidad de las remisiones, teniendo en cuenta los siguientes datos: herencia, edad, sexo, biotipo, factores exógenos y psicógenos, personalidad, síndrome psicopatológico y duración de la enfermedad.

El **Dr BARAHONA FERNANDES, P. POLONIO, S. GOMES** (Lisboa), hacen una intervención sobre los *Aspectos terapéuticos de las lobotomía* (Pág. 400-404. Tomo IV) presentando el resultado de la lobotomía en 170 casos de enfermos mentales que fue estudiado en sus relaciones con los siguientes factores: hereditariiedad, edad, sexo, biotipo, factores exógenos y psicógenos, personalidad, síndrome psicopatológico y duración de la enfermedad bien y tiempo de evolución.

Se describieron tres mecanismos principales de las curas obtenidas por la lobotomía: acción del “shock”, sintonización regresiva y acción electiva en ciertos síntomas.

Seguidamente en los mismos Comte Rendu, el **Dr.J. M. FRAGOSO MENDES** (Lisboa) realiza una aportación sobre “*El test miokinético en pacientes lobotomizados*” (Pág. 405-408). Refiere haber aplicado el test de Mira y López² a unos treinta enfermos operados de lobotomía. Tras una breve exposición de la técnica y de la elección del material clínico, estudia las modificaciones de ciertos síntomas evidenciados por el test, después de la intervención, como por ejemplo: Disminución del “tiempo psíquico” y de la inhibición cortical. La ansiedad está menos marcada, la introversión disminuye en ciertos casos; descenso de la agresividad y del tono psicomotor. No hay modificación de la ambivalencia o de la inestabilidad. Mejor configuración práxica del trazado. Habla de una importante coincidencia de los resultados del Test Miokinético con los de la clínica (sintonización regresiva del Profesor Barahona Fernández).

De nuevo hay una intervención relacionada con la psicocirugía: El **Dr.ALMEIDA AMARAL**(Lisboa), interviene con la comunicación: “*El tiempo de reacción(TR)*”

¹ Descrito por V Meduna. Las personas afectadas por la oneirofrenia tienen un sentimiento de irrealidad, de ensoñación, que en su forma extrema puede provocar delirios y alucinaciones. Por consiguiente, es considerada una forma aguda de psicosis, con similitudes a la esquizofrenia, que se apacigua en el 60 % de los casos, en un período de dos años. Se estima que el 50 % o más de los pacientes esquizofrénicos presentan oneirofrenia al menos una vez. Figura en el DSM-IV y la ICD-10 en las psicosis agudas tipo esquizofrenico

² Emilio Mira y López (1896-1963). Psiquiatra español, creador del Test Miokinético, asistente también al Congreso de París y que en aquellos momentos vivía exiliado en Brasil donde falleció en 1963.

En el Simposio sobre alcoholismo intervienen **DIOGO FURTADO, VASCO CHICHORRO y ALMEIDA AMARAL** (Lisboa) con una comunicación: *“Estudio clínico experimental: con el hombre, y conejos, de los medicamentos del tipo Antabus”* (Pág 503), del cual, las actas, no aportan ningún tipo de información sobre su contenido.

En los **Compte Rendu de la Ponencia I sobre PSICOPATOLOGÍA GENERAL**, hay dos aspectos de las opiniones de los psiquiatras portugueses que nos gustaría destacar y es que; tanto la fenomenología genética como el psicoanálisis no están exentos de convicciones discutibles e interpolaciones arriesgadas. Por otro lado en la discusión sobre si la paranoia es un cuadro esencialmente esquizofreniforme los psiquiatras portugueses, en aquellos años, estaban del lado de la legitimidad de un cuadro paranoide si bien consideraban, que era francamente raro.

A raíz del comentario de la delegación israelita sobre que la investigación patogénica debería pues estar centrada, no tanto sobre los factores que “desencadenan” el delirio, como sobre la constitución individual delirante, considerándola a la luz de la psicología diferencial y de la caracterología, Barahona Fernandes opina que este estudio es a veces difícil, pues, la predisposición “genética” por ejemplo, si bien es indiscutible, puede muy bien no manifestarse absolutamente en la personalidad (genética en el sentido de lo que lo genera)

Dentro de las intervenciones en los Coloquios, **BARAHONA FERNANDES** disertará sobre: *“Nociones de la evolución y disolución de las funciones en psicopatología”*. (Pág. 349-352). Felicita a los organizadores por haber organizado un Simposium sobre estos temas. Dice que desde 1932 ya estaba preocupado por la gran hendidura que separa la fenomenología y la histopatología del cerebro que dice haber vivido directamente con K.Schneider, Bumke, Clerambault y otros. Resume que lo que interesa es dar la definición exacta del valor heurístico de las nociones de evolución y disolución. La “divergencia” de las investigaciones dispersivas deben ser sintetizadas en un punto de vista “convergente” organicista y psicológico en relación con la doctrina de H. Ey. La aplicación concreta a varios problemas (síntomas psico-motores, lenguaje, terapéutica, en especial en la leucotomía que remite a la lectura de su Ponencia, pero también a aspectos existenciales tales como la comprensión del hombre como un todo en devenir, organizado en capas jerarquizadas en constante evolución (patológicas, desarmónicas) en diversos niveles funcionales de diferente estructura.

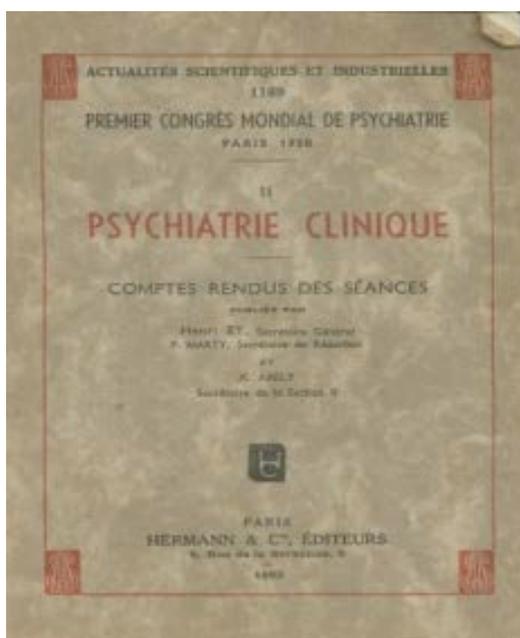
El **Dr CORREIA DE OLIVEIRA** (Coimbra) interviene con otra comunicación: *“Nota sobre el mecanismo patogénico del delirio”* en la Sesión sobre “Psicopatología de los Delirios”(Pág 172-173). Remite a sus observaciones las cuales confirman el hecho que el enfermo siente antes del desarrollo de su delirio una disposición particular, como el presentimiento de una amenaza. Desde una la óptica de Heidegger considera que hay una alteración del Dasein y del Sein del enfermo y a la vez una alteración de la percepción de los objetos y del sentido que nosotros les damos y secundariamente, una alteración de los conceptos, es decir del juicio igualmente.

El **Dr J.SEABRA-DINIS** (Lisboa) interviene en el Coloquio sobre la despersonalización (pág. 263-268). Se ocupa solo de algunos aspectos metodológicos

del problema. Para un estudio más profundo de los fenómenos de la despersonalización, la importancia esencial reside en la, o las, vías de abordaje.

Es manifiestamente insuficiente estudiar únicamente solamente lo que se acostumbra llamar despersonalización (sentido general) sólo del lado psicopatológico

El autor considera como muy importantes también, entre otros, los hechos aportados por la psicología genética, por la psicología de los pueblos que se llaman primitivos, por la psicología animal, etc... dado que la personalidad no es un don del cielo, a la orden todo y acabada, que se puede estudiar aisladamente, en sus manifestaciones actuales, sin tener en cuenta sus modos de formación, sus relaciones, su historia.



El **Dr CORREIA DE OLIVEIRA** es el único psiquiatra portugués que realiza una intervención sobre la importancia de los Test Mentales en Psiquiatría dentro de los **Compte Rendu (Tomo II)** de la ponencia sobre Psiquiatría Clínica (Pág. 207-209) en la que expresa que el empleo de los test mentales permite el estudio analítico de la personalidad desde el punto de vista cognoscitivo y afectivo. Sirven para esclarecer el mecanismo de diversos síntomas. Son auxiliares complementarios preciosos para el diagnóstico. Sirven para determinar estados ligeros de deterioro mental. Son de una gran importancia para revelar formas atenuadas de la esquizofrenia o de los estados residuales consecutivos a tratamientos médicos o quirúrgicos. En las sinistrosis postraumáticas, constituyen un elemento esencial de diagnóstico, y de una manera general en los estados de simulación

Al lado del estudio del desarrollo del niño, no sabríamos tampoco olvidar las investigaciones en los pueblos que se llaman primitivos. Pero es necesario de tener cuidado para no dejarse dominar por la hipótesis famosa y alentadora que considera la ontogénesis como una simple repetición de la filogénesis. Es necesario estudiar bien las

semejanzas, similitudes del niño y del primitivo, y descubrir como frecuentemente, detrás de la apariencia común, hay diferencias fundamentales y procesos diferentes.

A este respecto es necesario tener en cuenta las observaciones de Wallon, que pueden sin duda ayudar mucho al investigador.

Además de estos medios de investigación, ya tan fructíferos por sí mismos, la ayuda de la psicología general, de la psicología religiosa y aún del psicoanálisis, es necesario para este estudio. Por lo que se refiere a la psicología animal, dadas sus caracteres menos complejos y más objetivos, tenemos también el derecho de esperar de ellas una muy fecunda contribución.



En los Comptes Rendus de la ponencia sobre Psiquiatría infantil Tomo VII no hay apenas intervenciones de los psiquiatras portugueses salvo la de **V. FONTÈS, SCHNEEBERGER DE ATHAIDE et JOA SANTOS** (Lisboa) sobre “*Influencia de la guerra sobre la juventud de un país que no ha hecho la guerra*” (pág. 25) en la que refieren una encuesta en los años 1949-1950 entre niños de 16-18 años que durante la 2ª guerra mundial tenían de 6 a 10 años. En total 630 niños y 312 niñas. 11 preguntas. 10362 respuestas. Se limitan a dar algunos porcentajes de las respuestas acompañados de comentarios sucintos. Piensan que el trabajo podría aportar una mejor comprensión de los efectos de la guerra entre los jóvenes.

A pesar de que en los Comptes Rendus de la ponencia sobre **Psicoterapia y Psicoanálisis** no hay ninguna intervención particular de los psiquiatras portugueses, sin embargo la comisión local que estudió la ponencia si emite su opinión:

Pág. 70: “...Es necesario agregar las sugerencias de la Sociedad Portuguesa de Psiquiatría que pide un estudio de las indicaciones y contraindicaciones del

psicoanálisis, y también, de las relaciones entre mecanismo psicoanalítico y morfología constitucional...”

Pág. 71:“...Antonio Flores, de la Sociedad Psiquiátrica Portuguesa, teme el peligro de una “psicoanalización” de la psiquiatría...”

Pág. 72:“...También el Dr.A. Flores anota: cuando Alexander trata de reducir a una misma escala fenómenos fisiológicos y psicológicos, sobre la base de una abstracción filosófica, no puede sino construir explicaciones verbales incontrolables....”

No hemos encontrado ninguna opinión de los Psiquiatras portugueses sobre la ponencia dedicada a la Psiquiatría Social.

Conclusiones

Las participaciones de los Psiquiatras Portugueses fueron más frecuentes en la línea de Psiquiatría Biológico-Neurológica.

No hubo grandes disparidades con el resto de las intervenciones por lo que fueron adecuadas al tono general del Congreso.

No se encontraron componentes nacionalista triunfalista en las intervenciones portuguesas al contrario de las intervenciones de la delegación española. (Únicos países occidentales bajo régimen dictatorial)

Poca preocupación por la asistencia a los enfermos mentales entre los psiquiatras portugueses. No intervienen en ninguna de las mesas del II Coloquio de Psiquiatría Social sobre *Legislación y Organización de la Asistencia psiquiátrica*.

Igualmente ningún psiquiatra portugués interviene en el Coloquio sobre Guerra y trastornos mentales salvo la intervención de **V. FONTÈS, SCHNEEBERGER DE ATHAIDE et JOA SANTOS** probablemente porque fueron los pioneros de la médico pedagogía y de la Psiquiatría Infanto juvenil en Portugal.

THE PAST AND THE PRESENT OF OBSTETRIC VIOLENCE IN SPAIN

Dolores Ruiz-Berdun¹; Ibone Olza Fernández²

Universidad de Alcalá

¹Profesora Ayudante Doctora; ²Profesora Asociada

Email:lola.ruizberdun@uah.es

Email:ibone.olza@uah.es

Abstract

This paper is focused on the development of childbearing assistance in Spain and the factors that have contributed to medicalization of labour. In addition, this study is a first approach to the consequences of obstetric violence for women and healthcare professionals.

Introduction

In the past few years, a new concept has increasingly been used in the social media: the concept of «obstetric violence». In addition, some countries, such as Venezuela, have included the concept of «obstetric violence» in their laws, defining it as:

«The appropriation of a woman's body and reproductive processes by health personnel, in the form of dehumanizing treatment, abusive medicalization and pathologization of natural processes, involving a woman's loss of autonomy and of the capacity to freely make her own decisions about her body and her sexuality, which has negative consequences for a woman's quality of life»¹.

The aim of this research is to analyze how the historical development of childbearing assistance has influenced in the appearance of obstetric violence in Spain.

Discussion

When some people think in the concept of obstetric violence, is possible that their thoughts are related to scenes of extreme violence. Such as the supposed murderers committed in the 18th century in Britain studied by Don Shelton². But in fact, obstetric violence have many dimensions. To address the present situation of obstetric violence, is necessary to study the historical origins of this concept. First of all, a bibliographic search has been conducted in order to find uses of this term in old medical books and journals. There isn't any evidence about the use of the term "obstetric violence" in the Spanish written culture before the late 20th century. But we have found a reference using this concept in English in 1827, referring to the umbilical *cord tearing* during childbirth when there was a placental retention:

¹ Organic Law on Women's Right to a Life free from Violence of Venezuela, March 16, 2007, Article 15(13).

² SHELTON, Don C.--«The emperor new clothes». Journal of the Royal Society of Medicine. 103, 2 (2010) 46-50.

«Floodings, tremendous lacerations, inversions of the uterus, like those which now stand on the table before you, such are the effects of obstetric violence, ferocious and atrocious obstetric violence»¹.

«Obstetric violence is an insatiate and gory Moloch, before whose bloody shrine thousands have been sacrificed, to be succeeded in future years, by still more victims».

Although no known references to obstetric violence have been found in Spanish texts, there are indirect references to the topic in some books such as the next one, which refers to man-midwives:

«That God wishes you well poor woman, whoever you are, his pity to free you of the face slapping given by those bears; the bashing from those tigers, the snouting from those pigs... People so dirty and so stupid... But in the end baby puller like a tooth puller»².

When men became interested in obstetrics, they contributed in many ways to the development of the industrialization of birth, such as the development of diverse obstetric maneuvers and instruments, which were not always used correctly. This situation was denounced by a Spanish midwife in the late 19th century. Her name was Carmen Barrenechea Alcain³. Carmen Barrenechea, following the example of Elizabeth Nihell, a midwife who exercised in the previous century in Britain⁴, accused male-practitioners of being responsible for lots of deaths of women and their babies⁵. She focused her allegations on the way in which mothers and babies were infected by man-midwives that hadn't taken prophylactic measures to avoid it, and also the overuse of forceps in childbirths. At the end of her book she added a list of titles of her very symbolic and suggestive future works:

«Forcers, ragmen, rippers and fat-scrapers. A forceps memories written by itself with the blood of its victims. »

«Doctor, surgeon, man-midwife, philanthropist, executioner, gravedigger, all-in-one, for the whole family: thirty cents weekly. »

«Inquisitorial traditions in Funding Homes and Maternity Houses, or the clandestine cutthroats of babies and women. »

But a lot of obstetricians were interested in creating new devices for the childbirth process. In figure 1 we can see a caricature of Pere Nubiola i Espinós, a famous

¹ BLUNDELL, James- «Lectures on the theory and practice of midwifery». *Lancet*. 9:222 (1827) 329-335.

² TORRES VILLARROEL, Diego de – *Visiones y visitas de Torres con Don Francisco de Quevedo* por Madrid. Madrid: Imprenta de Pueyo, 1727.

³ RUIZ-BERDÚN, Dolores –«Carmen Barrenechea, la conciencia feminista de una matrona del siglo XIX en “La Ciudad de la Muerte”». *Storia delle donne*. 10 (2014) 163-181.

⁴ TOWLER, Jean; BRAMALL, Joan – *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson, 1997, 129-131.

⁵ BARRENECHEA ALCAIN, Carmen --*La Moral y la Higiene puerperal é infantil ante la Beneficencia Municipal*. Madrid: Imprenta de la viuda de M. Minuesa de los Ríos, 1899.

catalonian obstetrician. One of their colleagues said the following about their inventions: «It is necessary to know more about Obstetrical Science and less about household appliances»¹.



Fig. 1: Pere Nubiola I Espinós depicted by his colleague Ramon Bassas Puig

Another topic that contributed to the development of the industrialization of childbirth was the use of substances that accelerated deliveries. The generalization of ergot use in the 19th century is a good example of this topic. Ergot was introduced in obstetrical process in United States by Stearns, when he learnt about the use of this substance by an Irish midwife. He was more concerned about the time that he saved in each delivery than in the side effects produced in women or babies:

¹ NUBIOLA SOSTRES, Joaquin — Pere Nubiola I Espinós. Mestre de l'Obstetricia. Anales de Medicina y Cirugía. 50:222 (1970) 393-406.

«It expedites lingering parturition, and saves the accoucheur a considerable portion of time, without producing any bad effects in the patient. [...] I have seldom found a case that detained me more than three hours.¹»

At the beginning of the 19th century ergot use became increasingly popular in Europe. In fact, the use of ergot produced fetal and neonatal deaths and severe pain in women that sometimes suffered the rupture of their uterus. Despite the differing voices speaking out against the use of ergot in childbirth, it was used in Spain until the first decades of 20th century².

Probably, one of the most important factors that contributed to the development of obstetric violence was the transfer of the stage of deliveries from home to hospitals. The first Maternity Homes established in Spain in the 19th century were dedicated to assisting those women who had conceived out of wedlock. When women were admitted to a Maternity Home, they totally lost their decision-making capacity about their lives. They couldn't choose who was going to assist them in the delivery. Nobody could know their identity except the Director, who kept the secret in sealed envelopes in case one of them died. Nobody was permitted, not even their own parents, to visit the patients within the premises. Newborns delivered in the Maternity Home were transferred to the Foundling Home where most of them died due to infectious diseases.

Throughout the 20th century in Spain, childbirth was definitively moved to hospitals. This was one of the ambitions of some obstetricians who wanted to deprive midwives of their hegemonic position in childbirth:

« [...] if only a consciousness was forged by virtue which all women would come to deliver their babies in appropriate clinical centers; if these centers were to exist in a sufficient numbers; if the economic situation of each country and the collective culture of its inhabitants would reach the flourishing level that would mean the fulfillment of all of my wishes that I previously mentioned, then the Midwifery profession, endowed with its current competences, that is to say, the sole director of most of the deliveries, could be definitively abolished. With the arrival of this venturous age, obstetricians would overtake the governing and control of all women in labour, and the midwives (or however they were named at that time) would be limited to an auxiliary position, but very necessary, that wouldn't reduce their working field nor their lawful income³. »

This premonition became a reality in the sixties. Although this process of institutionalization of childbirth was similar to other countries, in Spain it had special

¹ STEARNS, John — «Account of the Pulvis Parturiens, a remedy for quickening childbirth». The Medical Repository of New York, 5 (1808) 308-309.

² RUIZ-BERDÚN, Dolores — «Evolución de la fabricación, comercialización y uso de los derivados del cornezuelo de centeno en Obstetricia» In GOMIS, Alberto; Rodríguez Nozal, Raúl -- De la botica de El Escorial a la industria farmacéutica; en torno al medicamento. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá, 2015, 333-359.

³ CARRERAS REURA, Mateo — La comadrona como profesional científico y como factor social. Discurso leído en la sesión inaugural del curso académico de 1933 de la Sociedad Ginecológica Española. Madrid: Imprenta del Ministerio de Marina, 1933.

characteristics due to the traditional role of subordination that women suffered under Franco's dictatorship after the Spanish Civil War. In addition, midwives lost their autonomy when they were transformed from having independent university studies to becoming a nursing specialty¹.

One of the largest demonstrations of obstetric violence in Spain, due to the institutionalization of childbirth has been the scandal of the stolen babies. It's thought that thousands of newborns were stolen from their mothers at birth during Franco's dictatorship and beyond. At the beginning, the disappearances of babies were related to political or ideological reasons². At a later stage, reasons were mainly economical. Mothers were convinced that their children had died, but, in fact it was supposed they were sold to infertile couples by some healthcare professionals. Those affected by this matter have started legal actions in the courts seeking to clarify what happened³.

A demographic factor that influenced the process of industrialization was the Spanish Baby Boom in the sixties. Hundreds of babies were born in large maternity wards created during the "developmentalism" of Franco's regime. In these large wards, birth attendants got used to working as if they were in a real assembly line. Reminding one of the most famous quotes by Michel Foucault:

«Is it surprising that prisons resemble factories, barracks, hospitals, which all resemble prisons?»⁴ »

Institutions are very resistant to change. Once this industrialization of childbirth was established, all of the births, both pathological and physiological, were treated in the exact same way. In this manner of working, the quicker a woman delivers her baby the more successful it is. But in the last decades, there has been an increasing number of women that desire be more conscious of their deliveries. When the expectations and desires of a woman doesn't come true and she is treated with disrespect and abuse, she could develop a trauma related to giving birth. A traumatic birth is the direct consequence of obstetric violence for women. It's difficult to define a traumatic birth, but this could be a good definition:

«A birth that you can't forget. It stays with you . . . It might not look "that bad" to an outsider. It might not look «that bad» to your partner. . . It could have been a caesarean or a natural birth. It might have taken 30 hours or 3 hours. A bad

¹ RUIZ-BERDÚN, Dolores — Pilar Primo de Rivera y la reorganización de las carreras auxiliares sanitarias tras la Guerra Civil. In: González Bueno, Antonio; Baratas Díaz, Alfredo—La tutela imperfecta. Biología y Farmacia en la España del primer franquismo. Madrid: CSIC (2013) 81-100.

² TORTOSA, Virgilio — «"Los niños perdidos del franquismo": Último episodio de la memoria de la dictadura». Journal of Catalan Studies. (2014) 45-63.

³<https://www.facebook.com/PLATAFORMA-AFECTADOS-CLINICAS-DE-TODA-ESPA%C3%91A-CAUSA-NI%C3%91OS-ROBADOS-173164369461093/>

⁴ FOUCAULT, Michel — Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión. Madrid: Siglo XXI de España, 1984.

birth is defined by the way you feel, not just the events that occurred during birth»¹.

The fear to talk about the feelings produced from this kind of violence could make it difficult in its prevention and abolition. The symptoms related to a traumatic birth could include flashbacks and nightmares that also could affect the woman's daily life. Problems with concentration or sleep well at night can also be accompanied by dizziness and headaches². But probably the most common symptoms are those related to feelings of guilt, shame or blame.

But not only women, babies and families suffer the consequences of obstetric violence. Healthcare professionals can also be victims of obstetric violence. To demonstrate the effects of this kind of violence on them, we conducted a survey asking healthcare professionals, which have participated in the birthing process, about their opinion of obstetric violence. The survey was only open for three days. A total of 73 questionnaires were returned (62 midwives, 2 nurses, 6 students of midwifery, 1 gynecologist, 2 auxiliary personnel). Most of them were women (93.15 %, n=68), compared with only five men (6.85%). To the question about giving examples of obstetric violence that they had experienced, the answers given were very diverse:

«They taught me to pull the baby's head, the systematic use of episiotomy, oxytocin, shaving of the pubis and enemas. Against my better judgment and against the desires of the woman . . . »

«When a woman is sedated so that she remains quiet and compliant and doesn't bother healthcare professionals. »

«When a student performs an unnecessary instrumental vaginal delivery in order to only learn the technique. »

«When someone shouts that the woman isn't doing it right, and that she is going to kill her baby . . . »

Sometimes examples of obstetric violence are related to the feelings of other witnesses:

«When his wife's labor finished, a husband told me that he had been in Bosnia as a soldier and it was less violent there than he had witnessed in the delivery room. »

The same feelings of guilty, shame and blame that experience the women after a traumatic birth are found in the answers of healthcare professionals (table 1).

¹ Birthtalk.org

² OLZA FERNÁNDEZ, Ibone--«PTSD and obstetric violence». Midwifery today. 105 (2013) 49-68.

Feeling	Answers
Sadness	«I feel so sad when I remember those moments and I realize that I don't have tools for managing these feelings . . .» «A lot of times I would burst into tears when I got into my car after finishing my shift. »
Fear	«I have fear of childbirth, which is the reason I'm not with child yet. » «Fear that you can chew on. »
Shame	«Shame of wearing my uniform, shame for not being able to stop a violent situation. » «I feel shame of being a midwife sometimes. » «Helplessness and shame for not avoiding it. »
Guilt	«I feel responsible for it and guilty, especially guilty. » «I feel guilty for not denouncing the situation. »

Table 1. Some categorized answers from the healthcare professionals in the survey.

Obstetric violence also produces changes in the lives of healthcare professionals. In some cases, they distrust other healthcare professionals when they diagnose and suggest treatment. Some of them finally abandon their jobs in hospital and decide to devote themselves to assist childbirths at home. Others remain in their jobs, but later suffer serious consequences such as burnout or another psychological problems:

«I fight for women's rights, but nobody is fighting for me. My ethics, my principles don't pay the bills. I give up. »

Conclusions

Throughout history obstetric violence has been used in a wide variety of ways. Sometimes in the form of physical violence and sometimes, which is probably the most usual, in the form of psychological violence.

There are many factors that could be related to the development of obstetric violence in Spain, but two of the most important ones are the role of women in Spanish society and the institutionalization of childbirth.

Nowadays, obstetric violence is already an unknown matter that can frighten some healthcare professionals. In spite of the efforts carried out by different healthcare institutions, an increased awareness of a more humane approach towards the birth process still needs to be implemented by today's health professionals. To recognize that obstetric violence exists implies the possibility of having exercised it. This idea could be inconceivable for most people.

More studies about obstetric violence are necessary to understand its meaning and both women's and professional's responses to it.

Acknowledgments

This study has been conducted under the COST ACTION IS1405: Building Intrapartum Research Through Health - an interdisciplinary whole system approach to understanding and contextualizing physiological labour and birth (BIRTH).

**EL DR. JOSEPH DURAND DE GROS Y EL CASO DEL HOMBRE LOBO
BLANCO ROMASANTA (1853).
¿UN “BRAIDISTA” EN LA CORTE DE ISABEL II?**

**David Simón Lorda¹; Xaqueline Estévez Gil¹;
María Victoria Rodríguez Noguera²; Mónica Minoshka Moreira Martínez²**
Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde.
32003 Ourense. España.
¹Médico(a) Psiquiatra; ²Médico residente de Psiquiatría.
E-mail:dsimlor@gmail.com

Abstract

In the region of Galicia (Spain) between 1852 and 1854 there was a trial where the werewolf Manuel Blanco Romasanta, was judged in Ourense and in the Provincial Court of A Coruña. In the court decision and final destination of the case there was a key actor named Dr. Philips, "professor electrobiology". This Mr. Philips was the French physician Joseph Durand de Gros (1826-1900), who had to go into exile because of his political ideas Fourierists. He was a follower and popularizer of braidism (precursor of hypnotism). We propose possible connections about receiving their hypotheses about the case of the werewolf had in the court of Isabel II and Madrid medicine during spring and summer of 1853. For the work we have used archival sources (Historical Archive provincial Ourense) and review of literature about the case as well as lycanthropy and the Spanish and Galician psychiatry mid-nineteenth century.

Keywords: Siglo XIX, braidismo (pre-hipnotismo), licantropía, biografía, espiritismo

Introducción. El caso del hombre lobo blanco romasanta (1853-1854) y el dr. Philips

En el año 1853, un hombre es juzgado a lo largo de un proceso judicial que se extiende a diferentes localidades de Galicia (Allariz-Ourense y A Coruña). Se le acusaba del asesinato y desaparición de varias personas. En su defensa alegaba que su conducta respondía a un instinto fatal que lo llevaba a cometer crímenes al convertirse en lobo. Sucede en los años del reinado de Isabel II, la cual además intervendrá en el proceso judicial en el cual va a desarrollarse el caso del único “hombre-lobo” procesado por la justicia ordinaria en España. Licántropo, hombre lobo o “lobishome”, que es como se le denomina en lengua gallega....Ya ha habido numerosos trabajos¹ en torno a este caso, pero hoy queremos presentar y ampliar algunas cuestiones hasta ahora no bien aclaradas en torno al proceso judicial y a la intervención de un curioso personaje, el Dr. Philips. El supuesto hombre lobo se llamaba Manuel Blanco Romasanta, de 42 años de edad en aquel momento, y natural de Santa Baia de Esgos (Ourense). Se dedicaba a la venta ambulante entre Galicia y Portugal, además de ser un gran conocedor de los bosques de la región y ayudar a los viajeros a atravesar las montañas desde Galicia a León, Asturias y Cantabria.

¹ SIMON (2005), DOMÍNGUEZ & BUSTILLO (2013).

El juicio dura aproximadamente un año, tras el cual, el 6 de abril de 1853 se emite una sentencia de muerte por el juez de Allariz, que lo condena a garrote vil y a una indemnización de 1000 reales por cada víctima. Todo ello pese a que no se hallaron los cuerpos de algunas víctimas, y otras se supo que habían sido asesinadas por lobos auténticos.

Un hipnólogo francés (Mr. Philips) había seguido el caso del Hombre-Lobo a través de una noticia publicada en un periódico francés que a su vez se hacía eco de otra publicada en El Clamor Público (A Coruña) dando datos del caso. Este profesor Philips, decide dirigirse por carta al ministro de Gracia y Justicia en Madrid pronunciándose sobre el caso.

Monsieur Le Ministre,

La libertad que me tomo en este momento de dirigirme a Vuestra Excelencia, tiene por objeto detener, si es tiempo aún, la mano de la Justicia Española pronta a caer sobre un desgraciado que tal vez no es sino la primera víctima de un estado de enagenación [...]

*Manuel Blanco Romasanta, condenado a muerte por el Tribunal de Allariz, (Provincia de Toledo), como culpable de haber consumado con los dientes y sin el auxilio de ninguna arma el asesinato de varias personas para comer después sus carnes palpitantes [...]*¹

En ella afirmaba que Romasanta era un “afectado de una monomanía conocida como licantropía”, y que “debido a un desorden de las funciones de su cerebro no era responsable de sus actos”. Afirmaba este hipnólogo que a través de la hipnosis él mismo había tratado esa enfermedad con alguno de sus pacientes, por lo que solicitaba a la Corte española que no se ejecutase la sentencia y que se le permitiese estudiar el caso.

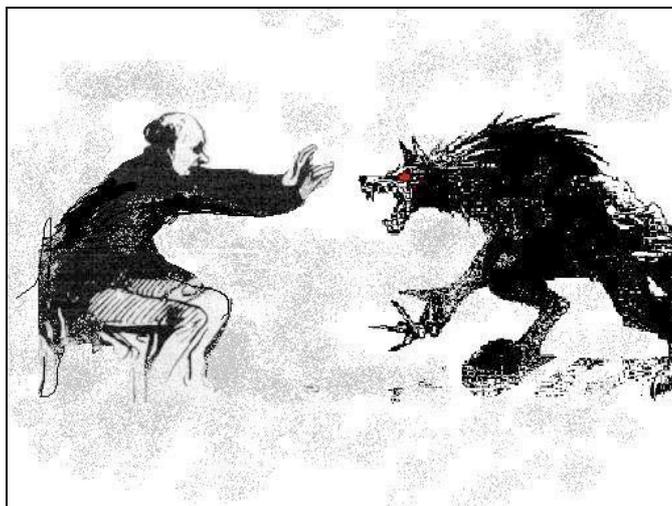


Ilustración 1. Hipnólogo y licántropo (modificado de dibujo de Daumier)

¹ Tomado de <http://www.ourensedixital.com/romasanta/20/index.htm#>

Aunque este hipnólogo nunca llegó a viajar a España ni examinó al hombre-lobo, lo cierto es que sus apreciaciones influyeron en el destino final del mismo. La propia reina Isabel II, informada por la carta del Dr. Philips al ministro de Justicia, intervino en el caso del hombre-lobo de Allariz, ordenando en julio de 1853, pocos días después de la llegada de esa misiva de Mr. Philips a Madrid que:

"En caso que recaiga sentencia que cause ejecutoria de pena capital, suspenda la ejecución e informe manifestando el resultado que produzcan las investigaciones científicas a que pueden dar lugar los citados documentos. Lo que digo a V.I. de Real Orden para su conocimiento y efectos consiguientes,.."¹.

Finalmente fue conmutada la pena de muerte por cadena perpetua mediante una Real Orden del 13 de mayo de 1854.

Hasta el año pasado no se conocía el destino final de Romasanta, y los diversos investigadores que se habían acercado al caso, barajaban la posibilidad de una fuga o una muerte en alguna cárcel de Galicia. Sin embargo los investigadores ourensanos Castro Vicente descubrieron en 2013 que falleció en 1863 en el penal de Ceuta en donde cumplía su condena de cadena perpetua².

Recientemente ha sido citado el caso de Blanco Romasanta en una revisión que ha realizado Jan Dirk Blom acerca de la licantropía. En este excelente trabajo, publicado en History of Psychiatry, sin embargo, maneja referencias antiguas y fuentes parciales acerca del caso y lo llevan a afirmar que fue condenado a muerte, cosa que ya hemos visto que no ocurrió así.

El dr Philips y Joseph Pierre Durand de Gros

Ya en 2005 (Simón, 2005), apuntamos la posibilidad de que Mr. Philips, el famoso hipnólogo (profesor de Electro-biología) hubiera sido con mucha probabilidad Joseph-Pierre Durand de Gros (1826-1900), pero no teníamos a aquellas alturas datos fiables ni bibliografía que lo constatará.

Recientemente pudimos conseguir el libro de Jean-Michel Cosson, "La Trilogie Durand de Gros, apôtres de la science et martyrs de la liberté" (Rodez- Aveyron-Francia, 1993), dedicado al estudio de la familia Durand de Gros ("Apóstoles de la Ciencia y mártires de la libertad"), podemos afirmar que estábamos en lo cierto, y confirmar aquella hipótesis.

En el libro de Cosson se detalla cómo Durand de Gros esperó en vano durante un tiempo en Marsella a ser llamado por la Corte española para poder reconocer al Hombre-lobo Blanco Romasanta tal y como había sugerido/solicitado por carta a la Reina Isabel II en julio de 1853...

Pese a que la Reina Isabel II ordena que se realicen las investigaciones científicas que sugiere Dr. Philips (Durand de Gros), lo cierto es que nunca lo llamaron a España. Su

¹ "Real Orden de 24 de Julio de 1853". ARCHIVO DEL REINO DE GALICIA, Legajo 1.788) (Tomado de <http://www.ourensedixital.com/romasanta/20/index.htm>).

² Noticia en El Faro de Ceuta, 12 de enero de 2013.

misiva desde Argel, sin embargo, cambió el destino inmediato de Manuel Blanco Romasanta o al menos lo condujo en ese momento procesal¹.

Los investigadores ourensanos Castro Vicente nos facilitaron hace unos meses un ejemplar de la obra de Durand de Gros titulada «*Electrodynamisme vital, ou les relations physiologiques de l'esprit de la matière démosntrées par des experiences entièrement nouvelles et par l'histoire raisonnée du système nerveux*» (1855), y que publica justo un par de años después de todos los acontecimientos del juicio de Blanco Romasanta.

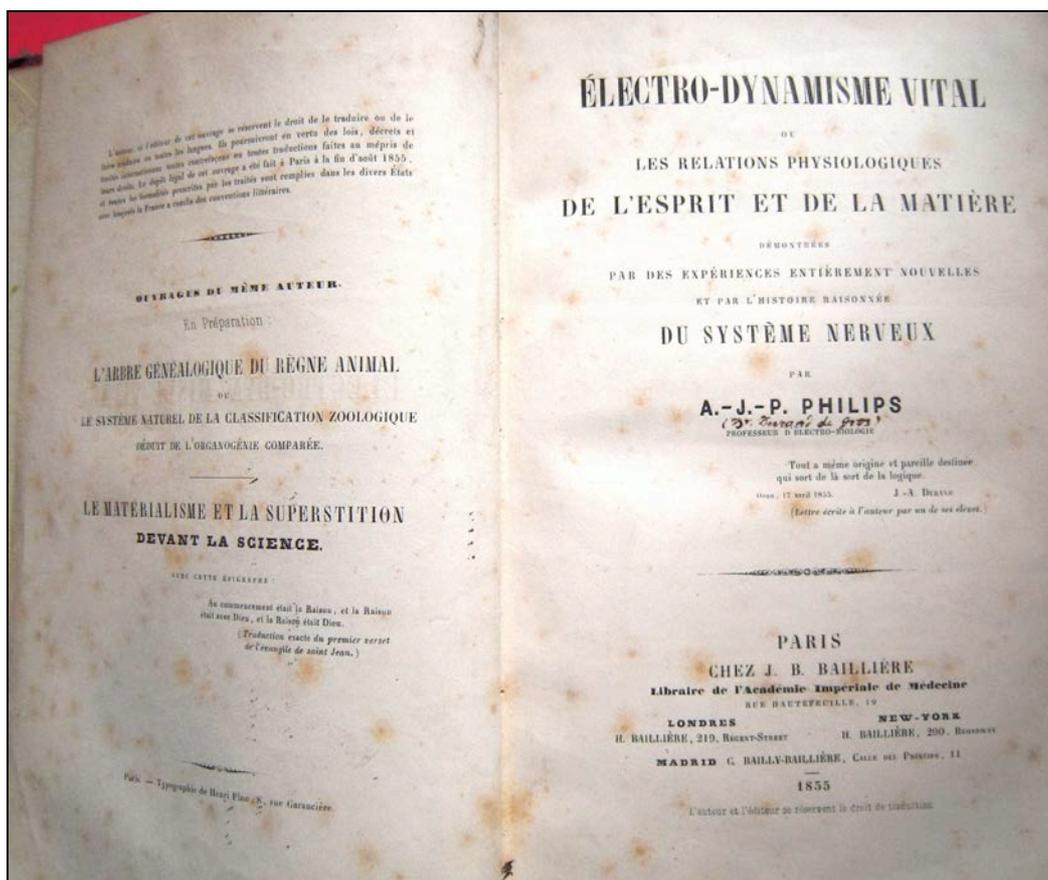


Ilustración 2. Portada libro *Electrodynamisme vital*... (1855)

Archivo particular Castro Vicente (Ourense)

En el texto hace claras referencias a las noticias que tuvo sobre "L'Anthropophage Galicien"-*"Manuel Blanco"*-*"L'Homme-Loup"* a través del periódico "El Clamor

¹ Todos los aspectos del juicio ya han sido recientemente analizados por autores como Pepe Domínguez, Roberto Bustillo, Antonio Roma o los hermanos Castro Vicente...en DOMÍNGUEZ & BUSTILLO (2013).

Público". Ya un par de años antes, en 1853, en la revista *Journal du magnetisme*, publica una breve carta al director de la revista (Barón du Potet) en donde discutía y defendía los mismos argumentaciones y observaciones que hace en la carta que dirige a la corte de Isabel II.

La familia Durand de Gros ("apóstoles de la ciencia y mártires de la libertad")

Joseph-Pierre Durand de Gros (1826-1900) fue un personaje entusiasta de la Medicina, de la Fisiología y la Filosofía. Asimismo fue un activo defensor de la justicia social. Su devenir biográfico se vio complicado por su marcha al exilio de Francia en 1851, motivado por causas políticas tras el golpe de Estado de Napoleón III en Francia. El activismo de su familia en el campo del naciente socialismo utópico en la zona de Aveyron fue el motivo de su exilio.

Su padre Joseph Antoine Durand de Gros (1792-1869), fue abogado que se dedicó al cultivo de sus tierras en la zona de Rodez-Aveyron, pero era un agrarista-cooperativista, divulgador de las ideas de Saint-Simon y de Charles Fourier. El padre de Durand de Gros tuvo que escapar de Francia y exiliarse en Argel entre 1851 y 1857. Su hijo, el médico Joseph Pierre, también tuvo que marchar al exilio por igual causa. Pronto adoptará el nombre de Mr. Philips/Dr. Philips, bajo la apariencia de ser un hipnólogo venido de los Estados Unidos, lugar adonde llegará a viajar finalmente y permanecer unos años (de 1855 a 1857).

Mr. Philips (Joseph Pierre Durand de Gros), en su periplo vital durante los años de exilio, recorrerá varios países...irá a Argel, a Marsella, a Suiza, a Bruselas, a París y también a Estados Unidos como ya antes apuntamos. Regresa a Francia posteriormente. Firmará libros como Mr. Philips hasta 1866 (al menos). Tras la muerte de su padre, regresa a la casa natal en Gros continuando la labor de su padre en la gestión de sus tierras, pero sin descuidar su labor científica ni su participación política siempre ligada al fourierismo en Aveyron. Llega a ser concejal en Rodez-Aveyron en 1874, pero fracasa en su elección al Senado en 1892.

Pero no solo acaba aquí el activismo y militancias políticas por parte de la familia Durand de Gros. La hija de Joseph Pierre fue Antoinette Durand de Gros (1864-1924), más conocida como la "Madame Sorgue" o "Citoyenne Sorgue", fue una importante sindicalista, feminista y militante en el Partido de la Revolución Socialista de Vaillant. Madame Sorgue fue calificada en su día como una de las mujeres más peligrosas de Europa por su activismo sindicalista en varios países. Entre 1905-1914 participa en la dirección-movilización de agitadas huelgas en Francia, Portugal, Gran Bretaña. Italia y Brasil.

Joseph Pierre Durand de Gros y el braidismo

Numerosos autores han destacado que junto con Azam, Brown-Séquard, Demarquay, Girard-Teulon....Durand de Gros formó parte del movimiento que propició la incorporación y asimilación del braidismo (pre-hipnotismo) en Francia (Garrabé, 1996; Moniz, 1960). En su "Historia de la hipnosis en Francia" Barrucand (1967) consideraba que las ideas de Durand de Gros tuvieron clara influencia en las de Berheim sobre la "psicoterapia".

El psiquiatra e historiador Henri Ellenberger destaca la influencia que este modelo de la mente tuvo sobre las nuevas concepciones elaboradas por Freud y Jung en la naciente

psiquiatría dinámica. Lo mismo han señalado autores que han abordado la historia del hipnotismo (Egas Moniz, Jean Garrabé... y en España a destacar Tortosa, Diéguez, Luis Montiel y Ángel González de Pablo).

Durand de Gros y el resto de autores contemporáneos de éste abrieron y prepararon la época dorada del hipnotismo de los años 80 del siglo XIX que ya protagonizarían las Escuelas de la Salpetriere y de Nancy.

Antes de fallecer, Joseph Pierre Durand de Gros participó en el IV Congreso Internacional de Psicología de París en agosto de 1900.

Algunas de las obras de Durand de Gros (y que las firma como Mr. Philips) fueron

-«*Electrodynamisme vital, ou les relations physiologiques de l'esprit de la matière démosntrées par des experiences entièrement nouvelles et par l'histoire raisonnée du système nerveux*» (1855)

- «*Cours Théorique et pratique de braidisme, ou hypnotisme nerveux considéré dans ses rapports avec la psychologie, la pathologie, et ses applications à la médecine, à la chirurgie, à la médecine légale et à l'education*» (1860).

-*De l'influence des milieux sur les caractères de race chez l'homme et les animaux*, (1868)

- *Essais de physiologie philosophique, suivis d'une étude sur la théorie de la méthode en général*, (1866)

- *Les origines animales de l'homme éclairées par la physiologie et l'anatomie comparatives*, (1871)

-*Ontologie et psychologie physiologique; études critiques*, (1871)

La intervención del Dr. Philips en el caso del “lobishome” de Allariz se produce en un momento de importante transición desde el mesmerismo-Magnetismo animal hacia un creciente interés por el hipnotismo.

Como curiosidad llamar la atención que en 1853, se publica en A Coruña, lugar en donde se celebra el juicio de Romasanta, un libro sobre el magnetismo, titulado “*Magnetismo vital o fluido universal*”, y cuyo autor era Joaquín Guillermo de Lima. En las primeras páginas del libro se puede leer que lo dedica a una importante figura coruñesa del liberalismo, Dña. Juana de Vega, Condesa de Espoz y Mina¹ (y que fue aya de la reina niña Isabel II y de su hermana hasta 1843). Es llamativo que figure una dedicatoria así. Bien pudo haber sido por haber sido financiada la publicación por Juana de Vega pues tuvo una importante labor de mecenazgo cultural,...pero también pudiera indicar un interés de la Condesa por el magnetismo. Donde sí que desde luego estaban fascinados o muy interesados por el magnetismo fue en la corte de la reina Isabel II en el verano de 1853 como pasamos a analizar en siguiente apartado.

¹ La labor de la Condesa de Espoz y Mina (1805-1872) también fue importante para conseguir que Galicia llegue a contar con un manicomio regional Conxo (Santiago de Compostela). La idea original fue de ella, que también sugirió la ubicación. Dedicó siete años de esfuerzos a lograr la aprobación del proyecto, aunque no llegó a materializarse hasta 1885, ya años después de su muerte. (ver <http://juanadevega.org/es/fundacion/historia/biografia/>).

Espiritismo, mesas giratorias y magnetismo en el Madrid de Isabel II (1853)

El magnetismo, y los experimentos de las “mesas giratorias” como una de sus manifestaciones más llamativas), estaban en pleno apogeo en la sociedad madrileña y en la medicina madrileña de 1853. Había muchas noticias sobre ello tanto en prensa general como en publicaciones científicas de la época. A modo de ejemplo en *La Ilustración, periódico Universal* (Madrid), mayo 1853, o en los *Boletines de Medicina, Cirugía y Farmacia*¹ ...



Ilustración 3. Mesas giratorias. Magnetismo. 1853

Hubo un auténtica epidemia psíquica en esos meses, que ha sido muy bien estudiada por González de Pablo (2006). La rapidez en la propagación de los experimentos y en la amplia extensión social de los mismos, abarcó desde los hogares, los cafés, las tertulias, los ateneos o los casinos hasta la mismísima Casa Real. Isabel II y la familia real no pudieron resistirse a ponerlas también en práctica de primera mano, y de hecho en mayo de 1853 presenciaron en persona diferentes experimentos magnéticos de los cuales se mostraron muy sorprendidos. Estaban acompañados por el Dr. Rubio, médico de Cámara de la Reina. Esto fue relatado en ese mismo mes en la prensa médica madrileña del momento por el médico y periodista José Gutiérrez de la Vega:

«Habiéndose hecho con tanta felicidad, en la noche del 8 [de mayo], por una familia residente hoy en Aranjuez, los experimentos magnéticos (...) S. M. la reina Isabel, que supo a los pocos momentos su buen éxito, quiso presenciar su

¹ DELGRÁS, M. — «Nuevo descubrimiento magnético», Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia, 15 de mayo de 1853, 157-158; p. 157 (tomado González de Pablo, 2006)

repetición al día siguiente 9... Para presenciar todo esto, S. M. la reina Isabel, S. M. el Rey y S. A. R. la Serenísima Sra. Princesa de Asturias, con sus respectivas servidumbres, fueron a las 5 de la tarde a la casa de recreo, llamada del Labrador, S. M. la Reina Madre, acompañada de sus dos hijas mayores y del Dr. Rubio. Por altos miramientos y precaución prudentísima no tomaron parte alguna, ni la más mínima, en estos experimentos, ni S. M. la reina Isabel, ni el ama de cría de la augusta Princesa... La marcha de progresión en ambos rumbos, como el girar de las mesas, como la aplicación de la cadena al cuerpo humano y, en suma, cuantas tentativas se hicieron tuvieron el éxito más completo. SS. MM. se retiraron a su real palacio agradablemente sorprendidos ya bien entrada la noche”¹.

Seguimos con el trabajo de González de Pablo (2006):

“La epidemia psíquica de las mesas giratorias se extendió por España y el occidente europeo desde abril hasta finales del verano de 1853 y durante estos meses, especialmente en los tres primeros, afectó a gran cantidad de gente de todo tipo y condición. Siguió dando coletazos cada vez más débiles hasta los dos primeros meses de 1854, como se ve en los periódicos médicos, y, partir de ahí, su puesta en práctica quedó progresivamente limitada a los círculos espiritistas y ocultistas. Su presencia masiva fue, por tanto, fugaz, pero no por ello dejó de originar una serie de repercusiones. Una de ellas fue la llamada de atención que supuso hacia la actividad mental inconsciente y sus efectos”.

Recordemos que la carta de Durand de Gros acerca del caso del Hombre Lobo Romasanta y sobre sus experiencias en el campo de la hipnología en Argel llega a la Corte de Isabel II sólo dos meses después de estos experimentos magnéticos que presencia la Reina y en un momento de auténtica fascinación y de expansión de los fenómenos magnéticos y espiritistas. ¿Pudo haber influido todo ello en la decisión de la Reina acerca de conmutar la pena de muerte al hombre lobo hasta que fuese examinado por Durand de Gros? Pensamos que así pudo haber sucedido, pero es una hipótesis muy difícil de demostrar.

Retratos de dos personajes unidos por la historia pero que jamás se conocieron

Queremos terminar este trabajo con los retratos de estos dos personajes, claves de esta ya larga y revisitada historia del Hombre Lobo Manuel Blanco Romasanta, y que nunca se llegaron a ver cara a cara. Por un lado el del doctor Joseph Pierre Durand de Gros , y por otro, la última versión del retrato del propio Manuel Blanco Romasanta...

¹ GUTIÉRREZ DE LA VEGA, J. — «Las ciencias a tiro de beso: de cómo el magnetismo, la electricidad y otras cosas como estas han venido a sustituir a los juegos de prendas en sociedad, y del furor que tal entretenimiento está haciendo en los círculos de esta coronada villa», El Heraldo Médico, 19 de mayo de 1853, 113-115. (Tomado de González de Pablo, 2006).

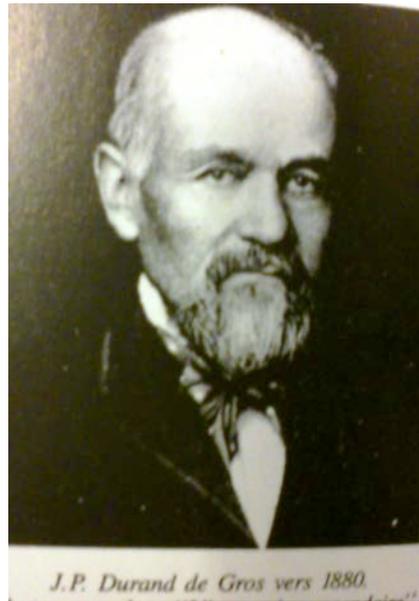
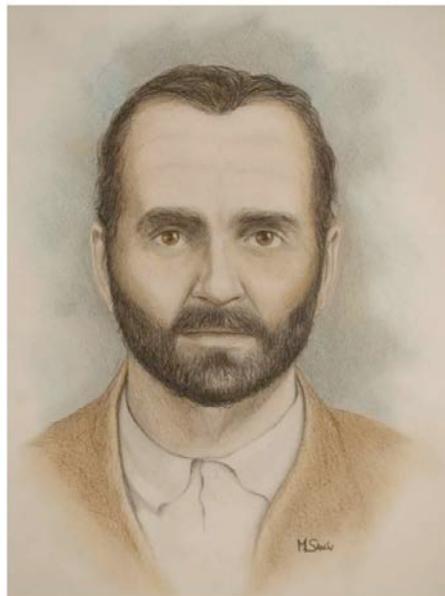


Ilustración 4. Retrato de J.P. Durand de Gros, hacia 1880. Tomado de COSSON (1993)



MANUEL BLANCO ROMASANTA
Marga Sanín, Fernando Serrulla
2012

Ilustración 5. Retrato de Manuel Blanco Romasanta. Realizado en 2012 por Fernando Serrulla y Marga Sanín. Tomado de <https://arquivocastrovicente.wordpress.com/2013/01/03/retrato-de-manuel-blanco-romasanta/>

Esta última aportación sobre la fisonomía y posible retrato del hombre-lobo ha sido realizada por el médico forense ourensano Fernando Serrulla Rech y por Marga Sanín en noviembre del 2012 mediante modernas técnicas forenses y tomando como base las descripciones de la fisonomía de Blanco Romasanta que se incluyen en la documentación de su proceso judicial de 1853.

Epilogo

La intervención del hipnólogo braidista Durand de Gros en el caso del hombre lobo Blanco Romasanta en 1853 es un caso singular que permite visualizar cómo a mediados del XIX, sin internet ni medios de comunicación audiovisuales o de difusión de prensa o literatura científica, las ideas y novedades terapéuticas y científicas fluían de un país a otro y de uno a otro continente... y de cómo llegan a cambiar el curso de una historia como la que aquí hoy exponemos ...Una historia de la que aún quedan muchas luces y sombras siglo y medio después de su desenlace final.

Fuentes y bibliografía

Fuentes

Archivo particular Castro Vicente (Ourense).

DURAND DE GROS, J.P (Philips) (1855) «Electrodynamisme vital, ou les relations physiologiques de l'esprit de la matière démontrées par des expériences entièrement nouvelles et par l'histoire raisonnée du système nerveux» (1855).

Archivo Histórico Provincial de Ourense

AHPOU. Caja 8938 (Judicial, Legajo 1852) (Fotocopia de "Causa 1788, del hombre-lobo", 1852, Archivo Histórico del Reino de Galicia)

Galiciana Dixital

LIMA, Joaquín Guillermo de (1853): "Magnetismo vital o fluido universal". La Coruña: (Imprenta de Francisco Arza).

Bibliografía

1. BLOM, JD. — When doctors cry wolf: a systematic review of the literature on clinical lycanthropy. *History of Psychiatry*, 25, 1, (2014), 87–102.
2. COSSON, JM.- La Trilogie Durand de Gros, apôtres de la science et martyrs de la liberté. Rodez- Aveyron-Francia, 1993.
3. DOMÍNGUEZ J.; BUSTILLO, R. (coord.) - Romasanta, Historia y leyenda. Nuevos estudios, nuevos misterios. Ourense: Auria Editorial, 2013.
4. GONZÁLEZ de PABLO, A. — "Sobre los inicios del espiritismo en España: la epidemia psíquica de las mesas giratorias de 1853 en la prensa médica". *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. 58:2 (2006) 63-96

5. MONTIEL, L.; GONZÁLEZ DE PABLO, Á. (coord.) - En ningún lugar, en parte alguna. Estudios sobre la historia del magnetismo animal y del hipnotismo, Madrid: Frenia [Colección «Historia y Crítica de la Psiquiatría»], 2003.
6. SIMON LORDA, D. – Locura, Medicina, Sociedad: Ourense (1875-1975). Ourense: Xunta de Galicia, 2005.

**VI JORNADAS INTERNACIONAIS
DE HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL**

**VI INTERNATIONAL MEETING
OF HISTORY OF PSYCHIATRY
AND MENTAL HEALTH**

**11 e 12 de Maio de 2015, Universidade de Coimbra, Portugal
11 – 12 may 2015, University of Coimbra, Portugal**

**Local de realização / Venue
Auditório da Secção Regional de Coimbra
Ordem dos Farmacêuticos
Rua Castro Matoso, Coimbra, Portugal**

Programa / Program

11 de Maio de 2015 / 11 may 2015

10h00 — Recepção aos participantes

10H15 — Sessão de abertura / Welcome session

10h30 — 1ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 1

Kamilla Dantas Matias — AS REPRESENTAÇÕES DA LOUCURA EM MERLIN

Ana Catarina Necho — O CONTRIBUTO DA PSIQUIATRIA FORENSE PARA O ENTENDIMENTO/JURISDIÇÃO DOS ALIENADOS EM PORTUGAL NO SÉC. XIX

11h15 —Intervalo / Coffee

11h30 — 2ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 2

Carolina Gregório Álvaro — HOSPITAL SOBRAL CID: A GÉNESE DE UMA OBRA DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Carina Bragança Rodrigues, Mariana Noronha de Andrade, Virgílio Palma — DO DISPENSÁRIO DE HIGIENE MENTAL À ULS DO NORDESTE

12h30 — 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 — 3ª Sessão de apresentação de comunicações e debate / Session 3

N.Borja-Santos; M. Lages; S. Castro; S. Sequeira; M. Palma; A. Lérias — OS IRMÃOS D' ABRANCHES BIZARRO: PIONEIROS DA ESTATÍSTICA PSIQUIÁTRICA E MÉDICA EM PORTUGAL

Celia García Díaz — FROM THE IDEAL WOMAN TO THE INSANE: PSYCHIATRY, MADNESS AND GENDER AT THE BEGINNING OF 20TH CENTURY

15h30 — Lançamento do livro V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental — Presentation of the book V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental

16h00 — Intervalo (inclui visita e comentários aos *posters*) / Coffee and poster presentation

16h30 — 4ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 4

Manuel Correia — ALTERAÇÃO DE SINTOMAS NA PSICOCIRURGIA. O PAPEL DA PERSUASÃO

Karine Le Jeune — A HISTORY OF EPILEPSY IN THE NINETEENTH AND TWENTIETH CENTURY: DEFINITION AND DEVELOPMENT OF A PATHOLOGY BETWEEN NEUROLOGY AND PSYCHIATRY

17h30 — Encerramento do 1º dia de trabalhos / Final 1st day

12 de Maio de 2015 / 12 may 2015

10h00 — 5ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 5

Porfírio Pereira da Silva — CAMILO CASTELO BRANCO (1825-1890): ENTRE O GÉNIO-NEVROPATA E A LOUCURA DO SEU FILHO JORGE

Adrián Gramary — STEFAN ZWEIG E JOSEPH ROTH: UMA ANÁLISE PSIQUIÁTRICA DA REACÇÃO DOS INTELECTUAIS JUDEUS AO *FINIS AUSTRIAE*

11h00 — Intervalo (inclui visita e comentários aos *posters*) / Coffee and poster presentation

11h30 — 6ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 6

Pedro Macedo; Filipa Veríssimo — PINTURA E ESQUIZOFRENIA: REFLEXÕES A PARTIR DA OBRA DE HANS PRINZHORN

Manuel Curado — MÉDICOS E ESPÍRITAS: A RECEPÇÃO DO ESPIRITISMO NO PORTUGAL OITOCENTISTA

12h30 — Almoço livre / Lunch

14h30 — Apresentação da obra de/por Adrian Gramary, *Palco da Loucura* / Presentation of the book Adrian Gramary, *Palco da Loucura*

15h00 — Conferência plenária / Plenary lecture

Manuel Viegas Abreu — O CASO DE ÂNGELO DE LIMA. POETA DE RILHAFOLLES OU POETA D'ORPHEU?

16h00 — Intervalo / Coffee

16h15 — 7ª Sessão de apresentação de comunicações

Miguel Angel Miguélez Silva; María Piñeiro Fraga; María José Louzao Martínez;, Tiburcio Angosto Saura — A PARTICIPAÇÃO DOS PSIQUIATRAS PORTUGUESES NO I CONGRESSO MUNDIAL DE 1950 EM PARIS

María Piñeiro Fraga; Miguel Angel Miguélez Silva; María José Louzao Martínez; Tiburcio Angosto Saura — A PARTICIPAÇÃO DOS PSIQUIATRAS ESPANHÓIS NO I CONGRESSO MUNDIAL DE 1950 EM PARIS.

Dolores Ruiz-Berdún; Ibone Olza Fernández — LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA (HISTÓRICA Y ACTUAL) Y SUS REPERCUSIONES EN LAS MUJERES Y LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN AL PARTO

17h45 — Encerramento das Jornadas / Closure

Comunicações em poster / Posters

David Simón Lorda, Xaqueline Estévez Gil, María Victoria Rodríguez Noguera, Mónica Minoschka Moreira Martínez, Tatiana Bustos Cardona — 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 — EL DR. JOSEPH DURAND DE GROS Y EL CASO DEL HOMBRE LOBO BLANCO ROMASANTA (1853). ¿UN “BRAIDISTA” EN LA CORTE DE ISABEL II?

Resende F, Freitas S, Pinto A, Florêncio F, Nogueira H, Alvarez M — TENDÊNCIA SECULAR DAS TAXAS DE SUICÍDIO NA POPULAÇÃO DE PORTUGAL CONTINENTAL ENTRE 1890 E 2011

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, a Tecnimede e o Turismo do Centro Portugal



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 12**Título**

VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental

Resumo

Esta obra colectiva *VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental* resulta da congregação de um conjunto de textos originais de especialistas portugueses e estrangeiros. Esses textos serviram de base às comunicações apresentadas nas referidas *Jornadas* e que se realizaram em Coimbra, nos dias 11 e 12 de Maio de 2015.

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

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.

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: 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: 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: 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