

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA UFJF

Marco Antonio Gasparetto

**O pensamento psiquiátrico de G. G. de Clérambault: das Psicoses Tóxicas
ao Automatismo Mental**

Juiz de Fora

2019

Marco Antonio Gasparetto

**O pensamento psiquiátrico de G. G. de Clérambault: das Psicoses Tóxicas
ao Automatismo Mental**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Doutor em Psicologia. Área de concentração: História e Filosofia da Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Richard Theisen Simanke.

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

GASPARETTO, Marco Antonio.

O pensamento psiquiátrico de G. G. de Clérambault : das Psicoses Tóxicas ao Automatismo Mental / Marco Antonio GASPARETTO. -- 2019.

177 f.

Orientador: Richard Theisen Simanke

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2019.

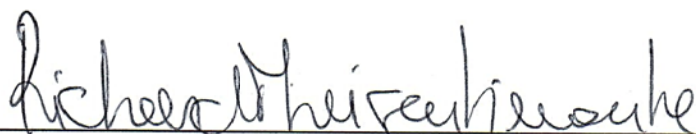
1. Psiquiatria. 2. Psicanálise. 3. História. 4. Automatismo Mental. 5. Clérambault. I. Theisen Simanke, Richard, orient. II. Título.

MARCO ANTONIO GASPARETTO

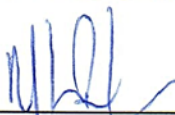
O PENSAMENTO PSIQUIÁTRICO DE G. G. DE CLÉRAMBAULT: DAS
PSICOSES TÓXICAS AO AUTOMATISMO MENTAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

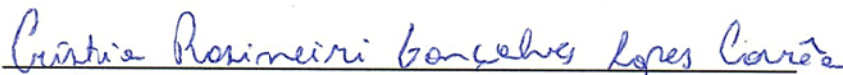
Tese defendida e aprovada em 26/02/2019



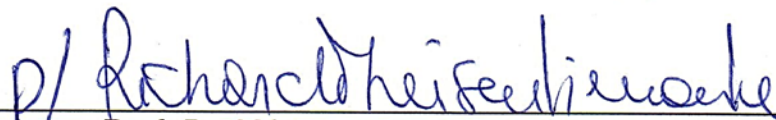
Prof. Dr. Richard Theisen Simanke
Universidade Federal de Juiz de Fora



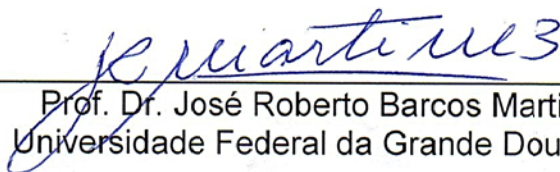
Prof. Dr. Mário Sérgio Ribeiro
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof^a. Dr^a. Crístia Rosineiri Gonçalves Lopes Correa
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr. Mário Eduardo Costa Pereira
Universidade Estadual de Campinas



Prof. Dr. José Roberto Barcos Martinez
Universidade Federal da Grande Dourados

Aos meus pais (*in memoriam*), Antonio e Therezinha, meus primeiros educadores.
À Lúcia, Carolina, Thadeu e Gabriel verdadeiros representantes de minha motivação para tudo, inclusive para essa tese.

AGRADECIMENTOS

Certamente se trata de uma tarefa bastante difícil tentar fazer chegar a minha gratidão a todos aqueles que contribuíram, de maneira direta ou indireta, para a conclusão desse trabalho. No entanto, é muito importante fazer justiça com algumas pessoas e instituições:

Ao Professor Dr. Richard Theisen Simanke, meu orientador, antes de tudo por ter aceito essa função. Agradeço pelas suas condutas exemplar, ética, incentivadora, contumaz e em quem encontrei a firmeza e a atenção necessária para a realização desse trabalho.

Ao Professores Doutores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF, de cuja excelência tive a honra de compartilhar: Altemir José Barbosa, Fabiane Rossi dos Santos, Fátima Siqueira Caropreso, Fernando Santana de Paiva, Juliana Peruchhi, Laisa Marcorela Andreoli Sartes, Maria Elisa Caputo Ferreira, Telmo Mota Ronzani e, especialmente ao Prof. Dr. Saulo de Freitas Araújo, pela frequente provocação de debates, pela seriedade e dedicação profissionais e pela abertura de ideias que foram acolhidas com enorme prazer.

Aos demais professores doutores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pelos ensinamentos, responsabilidade, seriedade profissional e estímulo à pesquisa.

Aos Professores que aceitaram compor a presente banca: Dr. Mário Eduardo Costa Pereira, Dr. José Roberto Barcos Martinez, Dra. Crístia Rosineiri Gonçalves Lopes Correa e, em especial, ao Dr. Mário Sérgio Ribeiro, pela leitura atenta e de excelência, possibilitando uma discussão rigorosa de cada item e de cada capítulo e que, certamente, com a sua ajuda, esse trabalho ganhou em qualidade.

Às colegas mais próximas durante todo o curso do doutorado, Anna Rita Maciel Simião e Jane Mara dos Santos Barbosa, pelo enriquecimento proporcionado nas mais variadas discussões.

Aos amigos Éder Schmidt e Rubem Dario Cardoso Vale cujas palavras, presença e contribuições certamente serviram para enriquecer o resultado final desse trabalho.

A Professora Walquíria Cardoso Vale, pela aulas de Francês que muito auxiliaram nas leituras e traduções dos textos.

A funcionária do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF, Nilcimara Bertolim e Araújo.

Ao Ministério da Saúde e a FHEMIG, cujos estímulos e colaborações foram essenciais para a conclusão desse trabalho.

Ao setor dos *Archives du service de la Mémoire et des Affaires Culturelles de la Préfecture de Police*, pela disponibilização de material para consulta aos certificados de Clérambault.

Resumo

Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934) foi um psiquiatra francês que se dedicou à prática médico-legal na Enfermaria Especial da Prefeitura de Polícia de Paris durante os seus quase trinta anos de atividade profissional. Nesse espaço público desenvolveu importantes trabalhos de pesquisa, alguns deles considerados inéditos, sobretudo em relação às Psicoses tóxicas, a Erotomania e a construção de seu conceito de Automatismo Mental. Contemporâneo de Freud, manteve-se firme em seus propósitos organicistas e influenciado pelo pensamento mecanicista, concebia a alucinação como um fenômeno mecânico sobre o qual o delírio viria a ser constituído. Misógino obstinado, conservador, hostil ao freudismo e ao surrealismo, logo após a sua morte trágica, a sua vida pessoal se transformou em objeto de maior interesse público do que a sua própria obra. Inicialmente considerado como um pensador anacrônico e marginal, sobretudo por ter privilegiado um constitucionalismo estreito em relação ao dinamismo, o interesse pela sua produção foi resgatado após as reverências que lhe foram feitas por seu ex-aluno Jacques Lacan. A partir de então, Clérambault alcançou um prestígio no meio psicanalítico, principalmente entre os lacanianos, jamais conseguido no meio psiquiátrico depois de sua morte, destacando-se, sobretudo, os seus trabalhos sobre o Automatismo Mental e a Erotomania. Partindo do pressuposto de que a redescoberta de sua obra psiquiátrica tenha se dado sob a influência de uma recepção altamente idiossincrática no âmbito do pensamento psicanalítico de Lacan, essa tese se propõe a resgatar os princípios contidos no pensamento original de Clérambault, expressos através de seus artigos originais, comunicações e apresentações, utilizando-se, para isso, o método da revisão bibliográfica em pesquisa. Os trabalhos psicanalíticos apresentados e publicados sobre a teoria cleramaultiana e utilizados nessa pesquisa têm por finalidade apontar as possíveis distorções que essas leituras trouxeram à originalidade de suas ideias. Os escritos do próprio autor foram utilizados como fonte primária e aqueles feitos pelos seus comentadores, pensadores e admiradores, dedicados à sua biografia e à sua obra, compõem as fontes secundárias. Conclui-se, por fim, que os desvios cometidos pela releitura psicanalítica dos temas abordados por Clérambault não apagaram a importância de sua obra original na História da Psiquiatria.

Palavras-chaves: Clérambault; História; Automatismo mental; Psiquiatria; Psicanálise.

Abstract

Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934) was a French psychiatrist who worked over his thirty professional years at the Special Infirmary of the Paris Police Prefecture. He developed several important researches there – some even were considered as novelty at that time – mainly concerning toxic psychoses, Erotomania and his concepts of Mental Automatism. Although contemporary of Freud, Clérambault remained with his organicist ideas influenced by mechanistic thinking, understanding hallucination as a mechanical phenomenon upon which delusion is constituted. Clérambault was an obstinate misogynist, a conservative person and hostile to Freudianism and Surrealism. Due to these aspects, just after his tragic death his personal life became an object of greater public interest than his own work. Initially considered as an anachronistic and marginal thinker – essentially because his narrow constitutionalism – the interest in his academic works has returned after references made by his former student Jacques Lacan. Thereafter, Clérambault reached a relevant place in the psychoanalytic environment (predominantly among Lacanians). This PhD Dissertation aims to reanalyse his work through a literature review. The general assumption is that the rediscovery of his psychiatric work has been strongly biased by Lacan's idiosyncratic psychoanalytic thinking. Hence, the purpose of this work is not only identifying the distortions that his works might have undergone, but especially recapture the original principles of his thinking and prevent his valuable contributions from being lost to contemporaneity. Clérambault's works are used as primary data sources, while publications regarding his works and his life are used as secondary sources. As a result, this PhD Dissertation aims to show that those deviations in the original Clérambault's thinking did not decrease its relevance in the History of Psychiatry.

Keywords: Clérambault; History; Mental Automatism; Psychiatry; Psychoanalysis.

Sumário

Introdução	11
a) Clérambault, a psicanálise e a <i>Whig history</i>	14
b) Justificativa e metodologia	15
c) Estrutura do trabalho	17
1 Vida e Obra de Clérambault	21
1.1 O mecanicismo na medicina e na psiquiatria	22
1.2 Clérambault: sua vida e sua formação profissional	26
1.3 O médico e psiquiatra	27
1.4 Clínica e produção científica	30
1.5 Experiências militares e a arte	31
1.6 Os problemas da visão e as suas consequências	34
1.7 Repercussões de sua morte	36
1.8 A redescoberta pela via da psicanálise	37
1.9 O Clérambault psicanalítico e a mitologia da doutrina	40
1.10 Clérambault por Henri Ey: uma tentativa de salvar o organicismo	42
2 As Psicoses Tóxicas	44
2.1 Álcool	45
2.1.1 <i>Embriaguez Psíquica com Transformação da Personalidade</i>	47
2.1.1.1 <i>Tentativas de compreensão</i>	52
2.1.1.2 <i>Comparação com quadros similares</i>	53
2.1.1.3 <i>Características das alucinações</i>	57
2.1.1.4 <i>Características do delírio</i>	58
2.1.1.5 <i>Patogenia e diagnóstico diferencial</i>	60
2.1.2 <i>Alcoolismo crônico e fugas prolongadas</i>	64
2.1.2.1 <i>Reflexões de Clérambault sobre o caso</i>	67
2.1.2.2 <i>Discussão clínica e conclusões</i>	69
2.1.3 <i>Alcoolistas crônicos com múltiplas internações</i>	71
2.1.4 <i>Os casos de alcoolismo na França após tomada de medidas legais e administrativas</i>	75
2.2 Cloral	76
2.2.1 <i>Paciente I</i>	77
2.2.1.1 <i>Comparações entre os quadros de cloralismo e de cocainismo</i>	81
2.2.1.2 <i>Diferenças com outras substâncias</i>	83

2.2.1.3 <i>Tabes</i>	84
2.2.2 <i>Paciente II</i>	85
2.2.2.1 <i>Alucinações visuais</i>	88
2.2.2.2 <i>Alucinações auditivas</i>	90
2.2.2.3 <i>Ansiedade e perturbações diversas</i>	91
2.2.3 <i>Perturbações psíquicas encontradas como consequência do abuso de cloral</i>	92
2.2.3.1 <i>Embriaguez clorálica</i>	92
2.2.3.2 <i>Coma clorálico</i>	93
2.2.3.3 <i>Delírio clorálico agudo confusional</i>	94
2.2.3.4 <i>Delírio clorálico agudo simples</i>	97
2.3 <i>Éter</i>	99
2.3.1 <i>Embriaguez etérica</i>	102
2.3.2 <i>Eterismo crônico</i>	102
2.3.3 <i>Perturbações agudas no eterismo crônico</i>	103
2.3.4 <i>Ações provocadas pelo éter no organismo humano</i>	105
3 <i>As Psicoses Passionais e a Erotomania</i>	107
3.1 <i>Primeiras abordagens de Clérambault sobre o tema</i>	107
3.2 <i>A estruturação das psicoses passionais</i>	111
3.3 <i>O delírio erotomaníaco e a formalização do postulado</i>	113
3.4 <i>O delírio erotomaníaco e a paranoia</i>	114
3.5 <i>Erotomania pura e Erotomania associada</i>	116
3.6 <i>As divergências entre Clérambault, Capgras e Mignard</i>	123
3.7 <i>Concepções biológicas acerca do delírio erotomaníaco</i>	127
3.8 <i>A hipocondria como psicose passional</i>	131
3.9 <i>Delírios passionais, Embriaguez Psíquica, caráter e emotividade</i>	133
3.10 <i>Prejuízo e despeito caracterizando quadros não passionais</i>	134
3.11 <i>Considerações finais</i>	136
4 <i>O Automatismo Mental</i>	137
4.1 <i>Definição de automatismo mental</i>	138
4.2 <i>Automatismo mental: o início</i>	141
4.3 <i>O grande automatismo mental</i>	144
4.3.1 <i>Automatismo sensitivo e sensorial</i>	145
4.3.2 <i>Automatismo psicomotor</i>	147
4.3.3 <i>Automatismo ideoverbal</i>	148

4.3.4	<i>Automatismo afetivo, emotivo e volitivo</i>	150
4.3.5	<i>Automatismo visual</i>	151
4.4	O eco do pensamento	152
4.5	Delírios e alucinações	154
4.6	Personalidade segunda	157
4.7	Patogenia	158
5	Conclusão	161
	Referências	167

Introdução

Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934), psiquiatra francês, exerceu as suas atividades profissionais na Enfermaria especial da Prefeitura de Polícia de Paris no início do século XX, anteriormente denominada *Dépôt de Police*. Foi considerado por Paul Bercherie – psiquiatra e psicanalista que possui diversas obras publicadas sobre a história e a constituição da psiquiatria clínica e da psicanálise – como um “verdadeiro anacronismo vivo” (Bercherie, 1989, p.285), sobretudo pelo fato de ter iniciado sua obra no momento dos grandes questionamentos pelos quais passava a psiquiatria, sobretudo no que dizia respeito às pesquisas e aos estudos sobre a etiologia das doenças mentais.

Durante quase trinta anos de sua vida profissional (1905-1934), Clérambault dedicou-se à prática clínica médico-legal nas dependências da Enfermaria especial, lugar para onde eram encaminhadas as pessoas recolhidas nas ruas de Paris pelos seus mais variados tipos de transgressões – doentes mentais ou não. Elas eram conduzidas pelos representantes da ordem pública e o serviço funcionava vinte e quatro horas por dia. Foi nesse ambiente público que Clérambault exerceu as suas atividades profissionais ocupando diversas posições: inicialmente como médico certificador, responsável pela emissão dos certificados que definiam os destinos dos vários pacientes que passavam pelo serviço; médico adjunto; e, por fim, médico chefe da Enfermaria especial, cargo esse ocupado pelos grandes nomes da psiquiatria francesa. (Girard, Maurel, Moron, & Tisseron, 1993).

No decorrer do período em que exerceu suas atividades na Enfermaria especial, estima-se que Clérambault tenha emitido mais de treze mil desses certificados (Massara & Pinto, 2010). A partir de 2010, todos os registros de pacientes psiquiátricos admitidos entre 1923 e 1985 encontram-se guardados nos Arquivos de Polícia da Prefeitura de Paris¹. Os certificados emitidos sobre os pacientes encontram-se no interior de seus prontuários e aqueles redigidos por Clérambault, ao contrário daqueles redigidos pelos demais psiquiatras, foram escritos de próprio punho. Vários foram os psiquiatras franceses que exerceram a função de médico certificador. Entre os vários certificados que puderam ser encontrados nesses arquivos, encontram-se aqueles assinados pelos médicos Dr. Guiraud, Dr. Guiguen, Dr. Colin, Dr. Capgras, Dr. Simon, Dr. Paul Abély, entre outros.

¹ Esses documentos encontram-se organizados e listados sob a cota 84 W na seção *Archives du service de la Mémoire et des Affaires Culturelles de la Préfecture de Police* – 25-27, rue Baudin au Pré-Saint-Gervais – Hoche – Paris.

A introdução do pensamento freudiano e a sua crescente assimilação pela psiquiatria do início do século XX, pareceu não terem influenciado o pensamento de Clérambault que, ao mesmo tempo em que acompanhava todas essas transformações, seguia firme em seus propósitos de encontrar na materialidade do corpo as explicações, não somente para a etiologia das doenças mentais, mas também para fundamentar os seus sintomas.

Sabemos, desde logo, que a introdução do freudismo na França coincidiu com o abandono generalizado dos princípios clássicos da hereditariedade-degenerescência e da doutrina das constituições. Ela precipitou uma rejeição já iniciada no começo do século. Os quadros da nosologia tradicional sofreram uma reviravolta, dentro de uma visão que continuou organicista, mas passou a acentuar o primado dinâmico e deu origem a uma nova filosofia da loucura (Roudinesco, 1989, p. 396).

Na medida em que incluía entre os seus princípios a ideia de que os fenômenos vividos e descritos pelos pacientes eram automáticos, mecânicos e deflagrados por uma lesão cerebral e irritativa, Clérambault parecia tentar romper com os princípios da hereditariedade-degenerescência de Morel, ao mesmo tempo em que se mantinha convicto e firme na sua proposta organicista, tendo se tornado um dos poucos psiquiatras de sua geração a não acolher e a não se deixar influenciar pela proposta freudiana. “*A organização automática é um resultado natural da própria constituição cerebral*” (Clérambault, 1926/1942, p. 560, grifo do autor). Com obstinação, defendia que todos os fenômenos apresentados e vividos pelos pacientes como estranhos deveriam ser considerados como automáticos, mecânicos e consequentes a alguma lesão cerebral irritativa. E acrescentou que essas lesões cerebrais produziam efeitos diferentes de acordo com a idade na qual atingisse os indivíduos doentes. Essa afirmação possibilitou a elaboração e a composição das clássicas leis da idade postuladas por Clérambault (Beauchesne, 1989).

Nós apoiamos a origem orgânica das Psicoses Alucinatórias Tardias, admitindo como causas, as tóxicas, as infecções, a esclerose, os traumas e os ictus. Tentamos demonstrar que as séries ininterruptas de casos híbridos ligavam as Psicoses Tardias às Demências Precoces, e que as formas de cada uma deviam se explicar pelas leis da Idade, da Latência e da Massividade. Nós apresentamos essas psicoses Tardias como produtos da irritação devido às sequelas neurológicas de ataques antigos (Clérambault, 1926/1942, p. 571).

Foi nessa perspectiva organicista da doença mental que ele desenvolveu o seu conceito de Automatismo Mental, cuja síndrome era constituída por uma série de sintomas que surgiam fora do campo da consciência do paciente e sobre os quais, mais tardiamente, iria se sobrepor alguma espécie de delírio. Era, portanto, um fenômeno estranho ao sujeito o qual, uma vez surgido de maneira brusca, seu psiquismo deveria se adaptar ou mesmo, reagir. Em sua *Oeuvre Psychiatrique*, Clérambault afirmou que o Automatismo Mental era a base e a forma inicial de todas as psicoses alucinatórias crônicas e que a sua causa era de ordem histológica. “*A excitação e o automatismo são então função de uma mesma causa histológica*” (Clérambault, 1925/1942, p. 536, grifo do autor).

O desenvolvimento do conceito de Automatismo Mental de Clérambault gerou e ainda costuma gerar muita confusão com o conceito de Automatismo Psicológico de Pierre Janet (1859-1947). De acordo com Roudinesco & Plon (1998), o automatismo de Janet foi apresentado em sua obra intitulada *O automatismo psicológico* (1889) como sendo interno à consciência e ter uma relação estreita com a história pessoal e com o estado psicológico do paciente. Nessa obra, Janet utilizou-se da palavra inconsciente para fazer referência a uma atividade que se localizava abaixo da consciência. Porém, quatro anos mais tarde, em *État mental des hystériques: Les stigmates mentaux* (1893), ele a substituiu definitivamente pelo termo subconsciente.

As discussões em torno dos conceitos de Automatismo Mental de Clérambault e Automatismo Psicológico de Pierre Janet, apesar das inúmeras diferenças em suas concepções, tenderam a açular ainda mais o debate na História da Psiquiatria, já antigo nos domínios da história intelectual, entre as correntes ligadas à oposição Internalismo X Externalismo. A distinção entre essas duas correntes não é tão complicada e difere, sobretudo, quanto a suficiência da condição interna para a justificação. Ambas as correntes compartilham da ideia quanto a importância dos fatores internos para a justificação. Entretanto, para os Internalistas, a justificação é determinada por alguma condição interna do indivíduo. Para esses teóricos, os fatores internos são suficientes e necessários para garantir a justificação do indivíduo. Ao contrário, os Externalistas negam essa suficiência e afirmam que alguma coisa externa exerça um papel preponderante para a justificação (Wallace & Gach, 2008).

Apesar de ter sido considerado como um clínico que tenha exercido influência sobre vários psiquiatras de sua época, após a sua morte trágica em 1934, Clérambault, de certa forma, caiu no esquecimento daqueles que imediatamente o sucederam, retornando de maneira mais expressiva às citações do mundo acadêmico somente após ter sido reverenciado por Jacques Lacan, em 1966, como seu único mestre em psiquiatria (Lacan, 1988b). Jacques Alain Miller,

certa vez, enquanto discorria sobre o percurso de Lacan – da psiquiatria à psicanálise – pronunciou que “pode-se dizer que ele relatou algo de seu passe, algo do que o levou a tornar-se analista, contando como passou da psiquiatria à psicanálise, como passou de Clérambault a Freud, como passou de um mestre a outro” (Miller, 1997, p. 401).

Passados então mais de trinta anos de sua morte, a obra de Clérambault retornou ao mundo acadêmico, sobretudo através do resgate de seus textos sobre o Automatismo Mental e a Erotomania feito por Lacan e pelos lacanianos. Entretanto, ela reapareceu de maneira enviesada, na maioria das vezes relacionando seus escritos ao contexto psicanalítico, movimento ao qual Clérambault sempre se manteve totalmente alheio, quando não hostil.

a) Clérambault, a psicanálise e a *Whig history*

Em termos historiográficos poderíamos dizer que a obra psiquiátrica de Clérambault, sobretudo aquela realizada através da leitura feita pelos psicanalistas, reapareceu num modelo que Herbert Butterfield denominou em 1931 pelo termo *Whig history*. Em seu livro intitulado *The whig interpretation of history*, a questão central desenvolvida foi sobre a maneira de como se produz um relato histórico. Nessa obra, Butterfield (1965) se propôs a abordar aquilo que para ele seria considerado ser o significado aceitável para a expressão **interpretação da história**. Discutiu a tendência encontrada em muitos historiadores de escreverem em favor dos protestantes e dos *Whigs*, de exaltarem as revoluções, desde que elas tivessem sido bem-sucedidas. Enfatizavam, assim, certos princípios de progresso no passado e produziam uma história que era a ratificação, senão a glorificação do presente.

É dessa forma que muitas vezes nos deparamos hoje com as ideias de Clérambault, principalmente aquelas que foram e continuam sendo discutidas à luz da psicanálise. Para Butterfield, o risco que caracterizava a interpretação *whig* da história era justamente o de presentificar o estudo do passado de uma forma anacrônica e que poderia culminar numa obstrução da compreensão histórica. O estudo do passado sob o olhar do presente era, para ele, “a fonte de todos os pecados e sofismas da história. . . . E é a essência daquilo que queremos dizer com a palavra ‘não-histórica’” (Butterfield, 1965, p. 21).

“A epistemologia é a disciplina que lida com a origem e a legitimação do conhecimento” (Berrios, 2015, p. 23). Em meio às diferentes abordagens que propiciaram o ressurgimento da teoria clerambaultiana no mundo acadêmico e sem que houvesse a pretensão de desmerecer a qualidade dos trabalhos desenvolvidos nesse campo, buscou-se através dessa pesquisa, retornar à obra desse autor, ao mesmo tempo original e anacrônico, com objetivos de tentar evitar que a

história de suas contribuições pudesse se perder na contemporaneidade e muito menos que por ela viesse a ser deturpada. Nessa perspectiva, empenhou-se para que nessa tese fosse mantido o compromisso ético de trabalhar com os instrumentos que o guiavam em seu tempo, ou seja, as concepções organicistas e mecanicistas utilizadas para a elucidação e a construção de sua particular compreensão sobre a psicose. Estimulado pelas leituras atuais com os seus presentismos, acreditou-se que essa via pudesse ser a melhor maneira de conhecer a natureza de suas ideias e legitimá-las na história do saber psiquiátrico. “O método histórico preenche os vazios dos fatos e acontecimentos, apoiando-se em um tempo, mesmo que artificialmente reconstruído, que assegura a percepção da continuidade e do entrelaçamento dos fenômenos” (Lakatos & Marconi, 2003, p. 107).

b) Justificativa e metodologia

A perspectiva de retornar ao conceito de Automatismo Mental na concepção original de Clérambault nasceu, sobretudo, da constatação de terem ocorrido possíveis desvios conceituais no seu emprego e divulgação, principalmente, através das diversas produções acadêmicas que surgiram após 1966. Até então, Clérambault era um personagem venerado por alguns – não necessariamente por sua obra psiquiátrica – e esquecido por muitos. (Díez, 2011). O interesse que o personagem Gaëtan Gatian de Clérambault despertou e ainda desperta é indiscutível, no entanto, a descoberta e a apreciação de sua obra psiquiátrica continua sendo feita de maneira muito tímida, podendo-se, até mesmo admitir que ela seja subestimada, quando não desprezada. Muitos são os críticos que continuam depreciando o seu trabalho psiquiátrico e apontando para a desumanidade que existia na Enfermaria especial. (Pignarre, 1992). Em meio a tantas controvérsias, permaneceu convicto e relativamente isolado quanto às suas concepções organicistas, mesmo depois que os psiquiatras franceses, apegados ao organicismo, tentaram integrar os pontos de vista biológicos e psicológicos aos princípios da doença mental. “Henri Claude (1869-1945), sucessor de Dupré no hospital Sainte-Anne em Paris, encarnava bem essa tentativa”. (Beauchesne, 1989, p. 74)

Com Lacan, surgiu um interesse renovado pela sua obra, em especial por parte dos psicanalistas de orientação lacaniana que, de maneira relevante, reanimaram a sua obra. Sob esse aspecto, pode-se apontar aqui, pelo menos dois paradoxos. O primeiro nasceu da crença de que Clérambault possa ter sido citado por Lacan pelo seu perfil psiquiátrico. Entretanto, a partir dessa alusão, ele passou a ser, muitas vezes revelado como um homem que teria enxergado além do seu tempo e, na conjuntura do pensamento lacaniano, até como um provável

precursor do estruturalismo. (Lacan, 1998b). Em segundo lugar, a psiquiatria contemporânea vem reestruturando o seu saber com base nas especulações organicistas sobre a gênese das doenças mentais, em especial das psicoses, referendada pelas pesquisas em neurociências, pela genética ou ainda através da construção de uma nosologia psiquiátrica referendada pela resposta clínica aos psicofármacos. E, nesse contexto, também não se tem observado menções àquele que talvez tenha sido um dos maiores patrocinadores desse modelo em seu tempo.

Ao eleger Clérambault como seu único mestre em psiquiatria, Lacan poderia estar deixando de lado outros nomes que certamente tiveram uma influência capital em seu percurso. Em contrapartida, qual seria a relevância de se falar, nesse momento, de um retorno a obra de Clérambault não fosse a partir dessa homenagem de Lacan e das consequências que ela produziu? Promover uma reflexão sobre esses questionamentos também suscitaram o desenvolvimento dessa tese. Além disso, foi possível encontrar no legado teórico de Clérambault, descrições, pesquisas e elaborações de quadros clínicos que a história do pensamento psiquiátrico não deveria derrogar. O recurso a ser utilizado para esse estudo será o do método histórico em pesquisa através de um levantamento dos artigos, apresentações de doentes e da expedição de certificados, todos registrados por Clérambault, além de uma investigação detalhada das polêmicas nas quais ele se envolveu ou foi envolvido, tanto no que diz respeito à sua vida pessoal quanto a profissional.

Como fonte primária foi utilizada a sua obra psiquiátrica, reunida e organizada por Jean Fretet, *post mortem*, sob os auspícios do comitê dos alunos e dos amigos de Clérambault, publicada originalmente em 1942, em dois volumes e intitulada *Oeuvre Psychiatrique*. O exame dos certificados emitidos por Clérambault e que foram disponibilizados para consulta nos Arquivos da Prefeitura de Polícia de Paris também contribuíram para uma melhor compreensão de suas descrições clínicas e psicopatológicas. No que que concerne ao acesso a esses registros, há uma lei francesa de 15 de julho de 2008 que o regulamenta e que, mais do que o organiza, o limita. Registros médicos ali arquivados, só podem ser compartilhados publicamente após 120 anos da data de nascimento das pessoas (Bernard-Deust, & Dejob, 2009). Este prazo só é reduzido se as pessoas em questão estiverem falecidas há mais de 25 anos². Conseguimos autorização para ter acesso a alguns desses prontuários e que se encontravam organizados,

² Mesmo assim, um número razoável de registros pode ser acessado, desde que o interessado tenha preenchido os formulários exigidos para a obtenção de uma autorização (*dérogation*) que será fornecida por um profissional responsável pelos Arquivos da Prefeitura de Polícia. Para que essa autorização seja concedida, além do preenchimento dos formulários com a identificação do interessado, a motivação de solicitação para o acesso deve ser escrita de forma detalhada e comprovada. Na sala de acesso ao material – sala de leitura – só é permitido portar folhas de papel, lápis e um notebook para a colheita dos dados contidos nos registros e é terminantemente proibido fotografar quaisquer documentos e publicar os nomes dos pacientes.

nesses arquivos, sob o catálogo de 84-W-1 a 84-W-30. Apesar de tratar-se de um número reduzido entre os tantos existentes, foi possível ter contato com a forma como Clérambault redigia seus certificados e a terminologia que ele utilizava.

Antes que o objetivo principal dessa pesquisa seja atingido, ou seja, a construção do conceito de Automatismo Mental em sua obra psiquiátrica, considerou-se importante investigar, na trajetória de Clérambault, se alguma referência a esse tema já aparecia em seus estudos prévios por ocasião de sua dedicação às Psicoses Tóxicas. Além disso, existem descrições feitas por Clérambault, relacionadas a essas psicoses, que foram consideradas inéditas. Também não seria absolutamente impossível estabelecer relações entre esses quadros – Psicoses Tóxicas e Automatismo Mental – no horizonte da dimensão organicista que as suas concepções poderiam estabelecer. Na perspectiva de promover um mergulho no pensamento psiquiátrico de Clérambault, as suas pesquisas realizadas no campo das Psicoses Passionais, em especial àqueles relacionados à Erotomania figuraram também aqui como um dos objetivos da pesquisa, não somente pelas revisões históricas que ele desenvolveu sobre esse tema, mas, sobretudo, no sentido investigar se Clérambault abandonou completamente ou não as suas concepções organicistas ao se dedicar a esse tema. A Erotomania foi totalmente repensada e reestruturada por Clérambault e o levou a se envolver em calorosas discussões no contexto das polêmicas criadas com os seus colegas psiquiatras de então.

Como fontes secundárias serão utilizados os textos, as reportagens, os livros escritos pelos observadores e críticos que se dedicaram aos estudos sobre a sua biografia e o seu trabalho. Publicações e produções no campo da psicanálise – em especial aquela de orientação lacaniana – serão utilizadas, sempre que necessário, para enfatizar, sobretudo, a configuração idiossincrática que o pensamento psiquiátrico de Clérambault possa ter sofrido, ainda que essa tenha sido a via que garantiu a sua permanência no cenário acadêmico contemporâneo. Cabe ressaltar aqui que as excentricidades de Clérambault alimentaram em muito, não somente os fatos, mas também as fantasias dos seus estudiosos.

c) Estrutura do trabalho

Considerando que vários aspectos de sua vida foram essenciais, não somente para que a sua produção teórica, mas principalmente para que o nome de Clérambault não fosse injustamente sepultado, o primeiro capítulo dessa tese será dedicado a tentativa de fazer um inventário sobre seu estilo de vida e a influência que ele possa ter exercido sobre o seu trabalho.

O capítulo seguinte foi dedicado ao levantamento do seu trabalho à frente da Enfermaria especial envolvendo a temática das Psicoses Tóxicas, o que na verdade representou também um resgate das experiências clínicas acumuladas através do trabalho junto ao seu mestre, o Dr. Garnier, e que lhe possibilitou a construção de uma teoria e de uma classificação nosológica toda própria.

O terceiro capítulo relacionado aos estudos sobre as Psicoses Passionais, orientou-se, principalmente, pelas suas tentativas de reformulação do conceito de Erotomania. Um trabalho que gerou muitas discussões entre os seus contemporâneos, sobretudo em relação à existência ou não do quadro de Erotomania pura, defendido com audácia por Clérambault. Esse tema talvez tenha sido, ao lado do Automatismo Mental, um dos mais explorados pelos psicanalistas de orientação lacaniana e que ainda vem merecendo muito destaque por parte deles.

No seu quarto capítulo, as pesquisas dessa tese foram direcionadas para apresentar todo o esforço do trabalho e da dedicação realizados por Clérambault no sentido de construir o seu conceito original de Automatismo Mental. A formulação desse conceito objetivou separar, do ponto de vista psicopatológico, um conjunto de fenômenos considerados como primários, consequências diretas de uma lesão cerebral com ações sobre o psiquismo, antes mesmo da eclosão da psicose propriamente dita. Um conjunto de reações psíquicas secundárias ocorreria então, na tentativa de reagir a esses fenômenos considerados basais ou elementares. As preocupações originais de Clérambault estiveram diretamente relacionadas às suas tentativas de encontrar, entre os fenômenos da psicose, os sintomas que antecederiam aqueles revelados diretamente através das manifestações delirantes desses pacientes. Colocado desse forma, procurou-se destacar que “uma das preocupações fundamentais que guia o olhar clínico de Clérambault é a *pesquisa dos mecanismos geradores da psicose*” (Girard, Maurel, Moron, & Tisseron, 1993, p. 23, grifo do autor).

Todas as traduções necessárias ao desenvolvimento dessa tese foram realizadas pelo próprio autor. Alguns títulos e termos técnicos foram mantidos no original para facilitar possíveis consultas e, até mesmo, evitar um possível comprometimento em seu sentido. Faz-se importante advertir que Clérambault utilizou-se de variados neologismos³ na tentativa de

³ Um estudo de Maurel (1993) revelou que era esperado encontrar uma variedade muito grande de neologismos na obra deixada por Clérambault, entretanto, após a realização de um exame mais minucioso de sua parte, ele se mostrou disposto a rever essa afirmação e que ele considerou como sendo um preconceito. Nessa pesquisa, ele se dispôs a considerar os chamados *neologismos legítimos*. Seriam aqueles considerados normais e comuns na linguagem científica. Citou, como exemplo, os termos *hiphéphilie* (que poderia ser compreendido como uma busca erótica pelos tecidos) e *aptophilie* (o gozo pelo toque), ambos encontrados em seu artigo *Passion Érotique des Étoffes Chez la Femme*, de 1908. Citou também o termo genérico *délusion*, que era um termo utilizado pelos psiquiatras ingleses para descrever fenômenos que se assemelhassem à ilusão,

proporcionar uma maior deferência às suas observações. Em alguns casos e em situações muito especiais, foram propostas traduções que estão aqui expostas através de notas de rodapé.

Sua *Oeuvre Psychiatrique*⁴, originalmente publicada em 1942, foi compilada em dois volumes, contendo aproximadamente oitocentos e cinquenta páginas. Foi dividida em sete partes composta de textos eminentemente psiquiátricos e, ao fim, uma publicação póstuma, *In Memoriam*, correspondendo a um texto de sua autoria e intitulado *Souvenirs d'un médecin opéré de la catarate*⁵. A primeira parte foi dedicada aos Delírios Coletivos e Associações dos Alienados; a segunda, às Psicoses Tóxicas e os Transtornos Mentais nas Intoxicações Crônicas; a terceira parte dedicada à Epilepsia; a quarta, às Psicoses Passionais; a quinta, ao Automatismo Mental; a sexta às Questões Psiquiátricas Diversas e, a sétima, à Administração, Legislação e Assistência.

No capítulo final, a título de conclusão, foram utilizados os elementos apresentados ao longo dos capítulos anteriores em defesa da tese proposta. Questões como as que se seguem, necessitarão de uma reflexão mais aprofundada para serem desveladas, tais como: o trabalho e todo o empenho realizados por Clérambault teriam sido realmente relevantes para a História da Psiquiatria? Por que durante um longo período após a sua morte as suas atividades fora do campo da medicina e da psiquiatria geraram mais interesse e influenciaram de maneira mais veemente a publicação de trabalhos sobre ele? Tendo sido ele um árduo defensor das concepções organicistas, o que poderia ter feito Lacan, seu aluno, trinta anos mais tarde, tê-lo referenciado como seu único mestre em psiquiatria, quando o mesmo já havia se decidido por outras correntes de pensamento a respeito das origens da loucura? Os trabalhos que surgiram e continuam a suscitar profundas discussões no campo psicanalítico sobre o Automatismo Mental consistem, de fato, em desvios das ideias originais de Clérambault? Teria havido algum exagero ou uma reação desproporcional ante o testemunho de Jacques Lacan sobre Clérambault e que possa ter gerado essa avalanche de produções acadêmicas no campo lacaniano com os temas abordados em sua obra?

“intermediário entre o simples distúrbio da percepção e a total alucinação”. Segundo Clérambault, esse termo “tem a vantagem de não prejudicar nada quanto à natureza íntima do erro” (Clérambault, 1907/1942, p. 119). Além dessas inovações, continua Maurel, outros neologismos “menos lícitos” e que não são encorajados no Littré, não deixaram de ser usados por Clérambault com objetivos de “colorir” os seus escritos. É o caso, por exemplo, do termo *pégétique* (encontrado na página 568 de sua *Oeuvre Psychiatrique*) e que pode ter sido um termo utilizado no início do século XX, nos quartos de plantão, para fazer referência aos portadores do *Treponema pallidum*.

⁴ Publicada originalmente no singular e distribuída em dois volumes. Em 1998 houve uma reedição dessa obra em um único volume e com o título no plural, *Oeuvres Psychiatriques*.

⁵ Lembranças de um médico operado de catarata.

Para que todas essas questões pudessem ser respondidas, tornou-se de fundamental importância que o movimento de pesquisa à documentação original disponível a seu respeito fosse realizado.

Certa vez, ao denunciar os desvios cometidos por uma geração de psicanalistas em relação ao legado freudiano, Lacan propôs que fosse feito um retorno à Freud a partir da leitura de seus originais, sobretudo na perspectiva de sua fundamentação ética (Lacan, 1988a). Diante da possibilidade de ter ocorrido o mesmo em relação às leituras realizadas com a obra de Clérambault, não seria pertinente que o mesmo movimento pudesse também ser feito aqui? A terminologia por ele utilizada em seu tempo, expressada, muitas vezes, pelos termos inconsciente, estrutura e superestrutura, deveria ser interpretada na mesma ótica de como passou a ser efetivamente abordada pelo mundo acadêmico depois de sua morte? Ou essa leitura poderia se constituir num absurdo, do ponto de vista historiográfico?

Todas essas questões, no seu conjunto, construíram o objeto dessa pesquisa e estarão, a partir de agora, focalizadas nesse trabalho.

1 Vida e Obra de Clérambault

Roudinesco & Plon (1988) descreveram Clérambault como tendo sido um sujeito “misógino obstinado, conservador, hostil ao freudismo e ao surrealismo, na condição de médico-chefe da Enfermaria especial dos alienados da polícia de Paris, foi o guardião daquilo que se chamava na época de constitucionalismo” (p. 120). Clérambault compreendia e defendia que a origem da doença mental deveria ser sustentada por seu substrato orgânico sendo, portanto, de natureza constitucional e hereditária. Apesar de suas posições, elas não o impediram de se tornar uma referência para a psiquiatria francesa no período compreendido entre as duas grandes guerras mundiais, período este que foi marcado pela ascensão e acolhimento das formulações teóricas de Sigmund Freud (1856-1939) e de Eugen Bleuler (1857-1939) nas áreas da psicologia e da psiquiatria.

Entre as várias referências encontradas a respeito do temperamento de Clérambault, muitas vezes antagônicas e paradoxais, a palavra **anacronismo**, talvez seja uma daquelas que mais se repete, não apenas relacionada ao seu perfil, mas também nas alusões feitas à sua obra, registrada pelos trabalhos acadêmicos dos mais variados autores. Além de Bercherie, essa caracterização pode ser identificada, por exemplo, quando citado por ter sido “anacrônico por seu classicismo inveterado” (González, & Martínez, 1999, p. 457) ou ainda, para realçar as convergências encontradas no homem e no profissional como “a de um curioso anacronismo, o que foi apenas um ingrediente a mais do seu estilo excêntrico” (Barreto, 2012, p. 2).

Acreditamos que grande parte dessa silhueta lhe foi retratada pelas suas fortes posições em defesa do mecanicismo num tempo em que essa teoria filosófica cedia espaço, cada vez maior, para as teorias psicogênicas explicativas sobre o adoecer mental. Mesmo entre os adeptos do organicismo, esse modelo já vinha recebendo críticas e sendo substituído por outras correntes do pensamento como podemos constatar nessa passagem de Henri Ey:

Em relação ao “modelo mecanicista”, a alucinação é sempre o efeito de uma excitação neuronal dos órgãos, sistemas ou centros específicos sensoriais. Esta tese é longamente criticada quanto ao seu fundamento neuropatológico e também na famosa aplicação que G. de Clérambault realizou em seu “Dogma” do automatismo mental (1981, p. 120).

O orgulho que sempre foi demonstrado por Clérambault em relação à sua descendência direta da mãe de René Descartes (Barreto, 2012), talvez possa também tê-lo influenciado no elo de fidelidade para com essa corrente do pensamento filosófico e, ao mesmo tempo, ser

estendida ao grau de importância que o seu ilustre ascendente conquistou. Afinal, René Descartes foi considerado o fundador da modernidade filosófica e grande impulsionador do mecanicismo (Caldeira, 2015).

1.1 O mecanicismo na medicina e na psiquiatria

O mecanicismo pode ser considerado tanto como tendo sido uma concepção filosófica do mundo ou como um princípio diretivo da pesquisa científica. Como uma concepção filosófica, fez referência a um sistema de corpos em movimento, ou seja, à existência de uma grande máquina. Como método científico, foi aplicado tanto na física quanto em outras ciências. Na física, consistiu na tese de que todos os fenômenos da natureza poderiam encontrar suas explicações através das leis da mecânica, sendo que a mecânica, enquanto ciência, deva ser considerada como uma criação relativamente recente. A partir do século XVIII, o mecanicismo também foi aplicado, enquanto princípio, às outras ciências naturais, entre elas a biologia, a psicologia e a sociologia, além da medicina. Fora da física, faz-se importante ressaltar que o mecanicismo teve um caráter bem menos rigoroso, podendo até mesmo ser considerado como uma aspiração genérica, uma tese filosófica ou ainda, muito mais como uma exigência genérica de método do que um instrumento efetivo de explicação (Abbagnano, 1982).

René Descartes (1596-1650), filósofo, físico e matemático francês, talvez tenha sido um dos pensadores que mais influências tenha exercido nos mais variados campos do saber humano, incluindo-se a medicina. Na quinta parte de seu livro *Discurso sobre o Método*, publicado em 1637, Descartes nos apresentou uma teoria sobre o funcionamento animal, mais especificamente sobre o funcionamento do coração, fazendo uma diferenciação radical sobre as naturezas do homem e do animal. Quanto ao homem, Descartes considerava que a mente e o corpo eram elementos separados e que a alma estaria localizada na glândula pineal (Lobato, & Lobato, 2011). Apesar de possuírem uma complexa engenharia mecânica, para ele os animais eram autômatos e não possuíam alma como os homens, constatação feita, sobretudo, pela ausência nos animais de uma linguagem como a humana. O corpo seria então uma máquina construída por Deus e suas funções dependiam das funções dos órgãos, conforme escreveu,

O que não parecerá de modo algum estranho aos que, sabendo quantos *autômatos* diferentes, ou máquinas que se movem, o engenho dos homens pode fazer só empregando muito poucas peças, em comparação com a grande quantidade de ossos, músculos, nervos, artérias, veias, e todas as demais partes que há no corpo de cada animal, considerarão esse corpo uma máquina que, feita

pelas mãos de Deus, é incomparavelmente mais em ordenada e tem em si movimentos mais admiráveis que qualquer uma das que podem ser inventadas pelos homens (Descartes, 1637/2001, pp. 62-63).

A metáfora do relógio como funcionamento de uma máquina perfeita apareceu um pouco mais adiante nessa mesma obra, demonstrando sua engenhosidade em relação aos homens.

prova que não o têm, é que é a natureza que neles opera de acordo com a disposição de seus órgãos, assim como se vê que um relógio, composto apenas de rodas e de molas, pode contar as horas e medir o tempo com muito mais exatidão que nós, com toda a nossa prudência. (Descartes, 1637/2001, pp. 65-66).

A alma⁶ teve na antropologia cartesiana, uma função bem determinada – o pensamento – e, na sua caracterização, não foi excluída a concepção religiosa própria de sua época. Descartes considerava a alma humana totalmente diferente da alma dos animais e foi concebida como sendo imortal. O homem cartesiano foi, portanto, constituído de corpo e alma, entretanto, em seu *Traité de l'homme*, Descartes, coerente com as suas concepções mecanicistas, afirmou, no que diz respeito ao seu corpo, que o homem nada mais é do que uma estátua ou uma máquina de terra:

Suponho que o corpo não seja outra coisa que não uma estátua ou uma máquina de terra que Deus forma deliberadamente para torná-la o mais semelhante possível a nós; de modo que ele lhe dá exteriormente a cor e a configuração de nossos membros, mas também coloca em seu exterior as peças que são necessárias para fazer com que ela ande, coma, respire e, enfim, imite todas as nossas funções que se imaginam proceder da matéria e só dependa da disposição dos órgãos (Descartes, 1648/2002, p. 4).

Assim, na perspectiva cartesiana, o homem seria composto por duas substâncias, o *res cogitans*, ou seja, a mente, e pelo *res extensa*, a matéria – o corpo – que possui extensão. Era a partir da substância pensante – *res cogitans* – que surgiam a consciência, a moral e a própria imortalidade. O *res extensa* era, para Descartes, o conjunto de órgãos que interagiriam entre si

⁶ Ernst Haeckel (1834-1919), médico e filósofo alemão, em 1904, compreendeu e justificou essa concepção dualista de Descartes, considerando que o mesmo tenha sido aluno dos jesuítas, entretanto, fez severas críticas aos fisiologistas e psiquiatras que ainda a defenderam em sua época. (Haeckel, 1904, p. 17, apud Frezzatti Jr., 2003, pp. 448-449)

de forma mecânica, sendo por isso uma máquina autônoma e da qual o cérebro faria parte. Esse dualismo fundamentava a tradição mecanicista e submetia às leis da causa-efeito, não apenas o corpo, mas também a vida mental. Como doutrina herdeira do mecanicismo cartesiano, surgiu o Naturalismo, segundo o qual a saúde seria definida de acordo com os seus critérios objetivos, mensuráveis e previsíveis estabelecidos pelas ciências da natureza. Nessa perspectiva naturalista, ser saudável significaria estar dentro dos valores biológicos padronizados. O desenvolvimento do Naturalismo dominou as ciências da mente, sobretudo no século XX e nesse contexto a medicina começou a validar e a agrupar os sinais patognomônicos com suas características mecanicistas, para somente mais tarde realizar sua transposição para as explicações psíquicas. Nesse contexto, surgiu a obra de Julien de La Mettrie⁷ (1709-1751) intitulada *O homem-máquina* (1748) que representou e organizou toda a epistemologia naturalista da modernidade. Nela, a ideia fundamental era a de que o homem – corpo e espírito – pudesse ser explicado de acordo com o mecanicismo material (Caldeira, 2015).

Durante um episódio febril, La Mettrie observou que o seu próprio corpo sofria um aumento da circulação. Essa observação o levou a concluir que os efeitos psíquicos poderiam ser explicados pelas alterações orgânicas no cérebro e no sistema nervoso, contrariando a crença vigente em sua época de que era a ação da alma que controlava o corpo. Essa conclusão propunha então fazer uma reflexão do homem como uma substância material e não mais como a alma sendo responsável pelos fenômenos psíquicos e pelo comando do corpo. Ele criticou então a teoria cartesiana do homem como *res cogitans* e não somente aceitou como também se aproveitou da teoria do *res extensa* (Fernandes, 2014).

La Mettrie foi um dos primeiros escritores a escrever sobre o materialismo na era do iluminismo. Estabeleceu uma ligação entre a teoria mecanicista da vida e a crença de que a própria matéria tinha sensações e sentimentos. Com a sua obra de 1748, desenvolveu, então, o conceito mecanicista do ser humano através de seus estudos sobre o corpo e a alma do homem. Colocando em dúvida a própria existência divina, fez uma redução materialista da alma humana, permitindo-lhe fazer uma comparação entre o corpo-máquina e a máquina do tempo, esta última representada pela mecânica do relógio. A diferença é que o relógio tinha seus mecanismos de acionamento e de controle no exterior enquanto que esses mecanismos no homem seriam no interior. La Mettrie “negou a existência da alma, mas, em contrapartida, animou a matéria do corpo, dotando-a de sentimento” (Sheldrake, 2014, p. 127).

⁷ Médico e filósofo francês. Foi um dos primeiros escritores da modernidade a escrever sobre o “materialismo-fiscalismo”.

Por fim, uma outra importante característica do pensamento cartesiano foi o reducionismo, através do qual, fenômenos mais complexos tenderiam ser reduzidos aos seus componentes mais simples, reservando-se a estes a maior importância. Em sua visão dualista, no que diz respeito à realidade física, tudo funcionava de modo puramente mecânico. Nesse sentido, o corpo, para Descartes, era incluído como parte dessa realidade física e era então concebido como uma máquina biológica que não possuía livre arbítrio. Como uma máquina, esse corpo podia ser dividido em pequenas partes, reduzindo-se então às suas partes constitutivas. Estabelecia-se aí um paradigma que iria mudar o curso da ciência e, futuramente, o da medicina.

Ainda hoje essa característica reducionista parece fazer parte de uma necessidade fundamental da ciência moderna e experimental, sobretudo por considerar que não seria possível alcançar cientificamente todo o universo. Não parece absolutamente exagerado supor que essa característica possa ser aplicada aos avanços tecnológicos apresentados pela medicina moderna. Os transplantes de órgãos, por exemplo, talvez estejam entre as analogias mais apropriadas que se possa fazer em relação às trocas das peças de um relógio com vistas ao retorno de seu perfeito funcionamento (Lobato, & Lobato, 2011).

Henri Ey (2006b) relacionou o que para ele seriam os quatro aspectos fundamentais do mecanicismo psiquiátrico, a saber: 1) que toda concepção psiquiátrica mecanicista repousava sobre uma teoria psicológica atomista; 2) estaria comprometido com a teoria da origem mecânica dos transtornos; 3) acreditaria que todo quadro clínico se assentava como uma pirâmide sobre sua ponta, sobre um ou algum de seus elementos e, por fim, 4) a tendência em considerar os transtornos mentais como um mosaico característico de entidades nosográficas.

Henri Ey considerou que o aspecto de número três tenha sido

totalmente essencial dentro da perspectiva mecanicista, pois, após ter dividido o quadro clínico em elementos e ter tentado reduzir a gênese do conjunto a uma produção fortuita e mecânica de um ou de alguns desses elementos chega-se à ideia de que esse ou esses elementos são *basais* e constituem um tipo de “pedra angular” do quadro clínico (Ey, 2006b, p. 86, grifo do autor).

Quanto ao último aspecto, ele o relacionou àquilo que ocorreu com a medicina em geral em sua concepção de patologia mecanicista, ou seja, a representação das doenças como espécies totalmente distintas umas das outras. E foi assim que a psiquiatria se orientou também para o isolamento nosográfico de suas entidades clínicas. Seria, mais ou menos, como imaginar uma mente dividida em pequenas faculdades especiais e um processo cerebral, mecanicamente,

produzisse sintomas fundamentais e distintos, constituindo-se, portanto, em sintomas patognomônicos. Assim, diante de qualquer processo mórbido, ocorreria uma mudança no corpo e em suas funções e esse processo mecânico lhe conferiria uma autonomia e uma natureza específica. A doença seria considerada, portanto, como uma espécie de corpo estranho anexado ao organismo através de sua natureza especial e patognomônica.

1.2 Clérambault: sua vida e sua formação profissional

Gaëtan Gatian de Clérambault⁸ talvez tenha sido um dos últimos grandes representantes da psiquiatria clássica⁹ integralmente influenciado pelo pensamento mecanicista. Foi citado por Henri Ey (2006b) como tendo sido um “doutrinário mecanicista” (p. 89).

Nascido em Bourges, França, em 02 de julho de 1872 e falecido em Malakoff, França, em 17 de novembro de 1934, “foi o clínico francês mais brilhante dos anos 1920-1930” (Roudinesco & Plon, 1988, p. 120), apesar de ter permanecido alheio às citações dos grandes nomes da psiquiatria mundial nos anos posteriores à sua morte.

Clérambault muito se orgulhava de ser descendente de Vigny, pelo lado materno, e de Descartes, pelo lado paterno. Sua bisavó paterna, Henriette de Marsay, era filha de Catherine Vidart de la Ferraudières, cujo trisavô, Claude Brochard, era irmão da mãe de Descartes. Seu avô materno era filho de uma prima¹⁰ de Alfred de Vigny (Renard, 1992).

Ainda segundo Renard (1992), desde a metade de seu segundo ano de vida Clérambault já se exprimia numa linguagem perfeita e suplicava à sua mãe que lhe ensinasse a ler. Em pouco tempo, demonstrava saber todas as letras e os números. Aos seis anos de idade, ele surpreendeu sua mãe escrevendo uma carta para sua avó, fato que a fez sentir-se extremamente orgulhosa por sequer pensar, naquele momento, que seu filho já estivesse capacitado para a escrita. Clérambault teve uma saúde muito delicada durante toda a sua primeira infância, tendo apresentado amigdalites frequentes, rubéola, coqueluche, escarlatina, bronquite, doenças essas que frequentemente o levavam ao seu médico. Recebeu durante toda a sua infância e adolescência uma educação profundamente religiosa e católica, tendo tido uma participação ativa na igreja frequentada pela família.

⁸ Gaëtan Gatian de Clérambault, a partir de agora, será referido apenas como Clérambault.

⁹ Considera-se psiquiatria clássica aquela compreendida no período marcado pelos trabalhos de Pinel (1745-1826) aos de Clérambault, representando a escola francesa, e de Griesinger (1817-1868) a Kraepelin (1856-1925), representando a escola de língua alemã (Barreto, 2012).

¹⁰ No original, descrito como *cousine germaine*. Termo que define uma prima nascida do irmão ou da irmã do pai ou da mãe, tendo então com ela uma avó ou um avô comum. No Brasil, muitas vezes referido como “prima-primeira”.

Terminado seu curso colegial, não percebeu em si nenhuma vocação muito clara sobre qual profissão seguir. Sentia-se apaixonado pela literatura, escrevia versos, interessava-se pela música, pintura, tendo, por isso, frequentado durante dois anos os cursos da Escola de Artes Decorativas, cujos trabalhos foram merecedores de vários elogios por parte de amigos com quem conviveu neste período, sobretudo pelos seus desenhos e pela circunspeção no uso das cores e formas. Era reconhecido por ter sido um admirável crítico de arte.

Não deu continuidade aos seus estudos de desenho e, sob a influência de seu pai, por quem nutria uma grande admiração, iniciou seus estudos de direito. Após o término de seu curso de direito, surgiu a sua verdadeira vocação e como ela não estava relacionada ao curso recém-concluído, temia comunicá-la ao seu pai e, por consequência, ofendê-lo. Entretanto, a sua nova decisão de cursar a medicina foi muito bem recebida pelos seus pais.

Clérambault era um homem conservador, hostil ao freudismo e ao surrealismo. “As críticas ao alienismo policial tiveram, além disso, um papel destacado nos escritos dos surrealistas; sem ser diretamente mencionada, a figura prepotente de Clérambault prestou-se como nenhuma outra a tais propósitos” (Álvarez, 2012, p. 29).

André Breton (1896-1966), escritor e poeta francês e que teria iniciado o seu curso de medicina, sem entusiasmo, sob pressão de sua família. Teórico do Surrealismo, publicou em 1928 a novela *Nadja*, uma das obras mais representativas do Surrealismo. A internação da jovem Nadja em um manicômio psiquiátrico, narrada no final da obra, avivou ainda mais a fúria dos surrealistas contra os alienistas considerados repressores (Bogousslavsky, 2013).

1.3 O médico e psiquiatra

Em 1898, Clérambault foi nomeado interno nos *Asiles de la Seine*, com Capgras e outros, e, em outubro de 1899, defendeu sua tese sobre *l'Othématome*¹¹. Nos anos de 1902 e 1903, cursou a sua residência em psiquiatria na Enfermaria especial da Chefatura de Polícia de Paris – o *Dépot de Police*¹². Em 1905 foi nomeado para trabalhar com médico-adjunto nesse

¹¹ Trata-se de um hematoma, uma bolsa de sangue e/ou soro na parte côncava ou convexa do pavilhão auricular. Sua tese de doutorado em medicina versava sobre as lesões nos ouvidos dos alienados.

¹² Foi criado em 1850 e batizado com o nome de “Depósito”. Essa “prisão” confinava as pessoas recolhidas pela polícia das ruas parisienses que na sua maioria eram estrangeiros que mal falavam o francês, jovens sem domicílio, vagabundos, lunáticos, pessoas com comportamentos suicidas, prostitutas, doentes e alienados que perturbavam a ordem social. Foi criado de acordo com o artigo 24 da Lei de 30 de junho de 1838 segundo o qual os alienados não poderiam ser misturados com os presos condenados, nem com aqueles aprisionados preventivamente. Dessa forma, o prefeito de polícia Valentin, anunciou através de uma circular de 01 de outubro de 1871, a criação da Enfermaria especial. A partir de então, foi dotada de um pessoal especializado,

mesmo serviço (Tadeu, 2012). Nessa ocasião, o *Dépôt* era chefiado pelo Dr. Paul Garnier (1848-1905), personagem reverenciado por Clérambault em várias passagens como “meu mestre” (Clérambault, 1923/1942k, p. 427), “nosso venerado mestre” (Clérambault, 1907/1942, p. 125), “nosso mestre” (Clérambault, 1910/1942, p. 237) ou ainda “saudoso mestre” (Clérambault, 1907/1942, p. 109). Garnier faleceu em 1905 e foi sucedido na chefia do *Dépôt* por Ernest Dupré (1862-1921). Clérambault trabalhou como médico-adjunto de Dupré durante mais de quinze anos.

No ano de 1920, após a morte de Dupré, Clérambault assumiu o posto de médico-chefe do *Dépôt*, período no qual começaram a aparecer também suas principais publicações sobre a Erotomania e sobre o Automatismo Mental. Durante todo o período em que desenvolveu seus trabalhos neste serviço, Clérambault redigiu vários certificados (laudos) de internação que se tornaram célebres entre os alienistas pela redação concisa e precisa de seus registros clínicos, influenciando gerações de psiquiatras franceses:

Um estilo lapidar e fascinante de concisão e eficácia, um verdadeiro talento de observação analítica, a predileção e o talento para as grandes sínteses e as visões de conjunto, uma cultura psiquiátrica enciclopédica e constantemente presente no espírito e um carisma pessoal certo, pareado com um sentimento seguro de sua superioridade: são estes os elementos que nos ficaram para compreender o fascínio exercido por Gaëtan Gatian de Clérambault sobre seus contemporâneos, bem como as paixões, muitas vezes hostis, que ele despertou como ninguém fizera antes no mundinho da psicopatologia francesa (Bercherie, 1989, pp. 284-285).

As descrições contidas em seus certificados a respeito dos delírios tóxicos fizeram com que Guiraud afirmasse em seu prefácio às *Oeuvres* que as mesmas constituíam um “verdadeiro tratado clínico completo de um estudo comparado de todos os tipos de embriaguez” (Guiraud, 1942, p. VI).

Toda a obra psiquiátrica de Clérambault esteve diretamente relacionada aos seus trabalhos desenvolvidos nas dependências da Enfermaria especial. Os pacientes ali **depositados**, depois de examinados poderiam ser conduzidos à prisão, liberados ou serem encaminhados para algum dos hospitais psiquiátricos de Paris. Esse local de denominação tão pejorativa – Depósito –, foi palco das atividades profissionais de muitos psiquiatras que por ali passaram, pesquisaram, construíram e publicaram relevantes trabalhos para a construção do

com a Enfermaria dispoñdo de onze células para homens e sete para mulheres, sendo que três delas eram acolhoadas. (Martínez, 1998)

saber psiquiátrico. Dessa forma, todos os médicos-chefes da Enfermaria especial forjaram ali suas obras mais notáveis: Lasègue (1850-1883), o delírio das perseguições, os delírios alcoólicos e o exibicionismo; Legran du Saulle (1883-1886), as repercussões médico-legais da paralisia geral; Garnier (1886-1905), os casos de embriaguez patológica; Dupré (1905-1920), as patologias da imaginação e da emotividade; Clérambault (1905-1934), as intoxicações por drogas, os delírios coletivos, as psicoses passionais, o Automatismo Mental e a paranoia. (Álvarez, 2012)

Uma vez que se tratava de uma enfermaria com características muito especiais e que recebia um público não menos especial, o trabalho ali realizado exigia dos psiquiatras da época repostas rápidas e uma rotatividade muito grande dos leitos. Por um lado, essas características colocavam os psiquiatras em contato frequente com o agudo dos quadros e, por outro, a necessidade de definições mais urgentes nem sempre garantia que os métodos utilizados por eles fossem aqueles considerados claramente éticos. “Uma relação consubstancial liga as obras psiquiátricas de todos os médicos chefes da Enfermaria Especial e a velocidade do estilo inquisitivo¹³ praticado nas entrevistas dos alienados agudos (intoxicados, alucinados, perseguidos e agressivos) que ancoravam em suas dependências” (Álvarez, 2012, p. 26).

Apesar do restrito número de leitos existentes na Enfermaria especial, estimou-se que por lá passavam entre dois mil e quinhentos e três mil pacientes por ano cujos diagnósticos ainda não tinham sido feitos. Dessa forma, o maior objetivo desse serviço era o da expedição dos laudos para definir o destino a ser dado aos pacientes e não os seus tratamentos, propriamente ditos (Martínez, 1998).

Segundo Massara, & Pinto (2010), estima-se que Clérambault tenha expedido mais de treze mil certificados durante os anos dedicados a este trabalho. Impulsionado pela rápida necessidade de definição do quadro e motivado em esclarecer aquilo que para ele eram os mecanismos geradores da psicose, Clérambault, que chefiou a Enfermaria especial de 1920 a 1934, gostava de se antecipar a qualquer um de seus colaboradores, sendo o primeiro a examinar os pacientes – os chamados *présués*¹⁴. Foi muito admirado, mas também muito criticado pelo seu estilo de abordar os pacientes, pela forma como conduzia seus interrogatórios, de modo que, mais do que perguntar e escutá-los, suas entrevistas eram caracterizadas pela manobra de seus pacientes e por incitá-los (Pacheco y Rahmani, 2016). Sobre essa maneira de manejar os

¹³ Esse estilo que era próprio de Clérambault na condução das entrevistas de seus pacientes, caracterizava-se por, mais do que escutar os doentes com brandura, em manejá-los, manobrá-los (Álvarez, 1998).

¹⁴ *Présués* eram os ingressos na Enfermaria cuja alienação não tinha ainda sido autenticada pelo certificado médico.

doentes, o próprio Clérambault afirmava que “tais enfermos não devem ser interrogados, mas manejados, e para manejá-los existe apenas um meio: desconcertá-los” (Clérambault, 1921/1942c, p. 369).

A apresentação de doentes foi uma prática que marcou a história da psiquiatria francesa e que provavelmente tenha sido iniciada por Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), em 1817, através da sua proposta de realização de um curso de clínica das enfermidades mentais nas dependências da *Salpêtrière*. (Ferreira, 2007). Essa prática se manteve entre os seus sucessores e, de certa forma, marcou também os trabalhos de Jean-Martin Charcot (1825-1893) naquele hospital. Era utilizada como método de investigação do diagnóstico e do prognóstico daqueles quadros considerados difíceis ou raros. Ainda hoje é uma atividade bastante utilizada, sobretudo pela psicanálise e depois de ter recebido uma renovação por parte de Jacques Lacan. Clérambault também foi um psiquiatra que se manteve fiel a essa prática. No entanto, as apresentações de doentes que ele sustentava formalmente na *Sociedade Clínica de Medicina Mental* possuía uma característica que chamava a atenção e mereceu ser aqui retratada. É que Clérambault não costumava obter uma autorização prévia de seus pacientes para apresentá-los em suas sessões clínicas. Além de todas as manobras já admitidas e utilizadas por ele na obtenção do máximo de informações que os seus pacientes pudessem fornecer acerca de suas histórias e de suas vivências, certa vez, uma dessas pacientes, lhe respondeu da seguinte forma ante uma pergunta que lhe fora colocada: “Eu não tenho que responder. Eu não pedi para comparecer diante destes senhores” (Clérambault, 1921/1942c, p. 353).

Aluno de Clérambault, Jacques Lacan sugeriu através da sua tese de doutoramento, *Da Psicose Paranoica em suas relações com a Personalidade*, ter feito uma crítica velada a essa forma de conduzir uma entrevista psiquiátrica e que, ao mesmo tempo, pareceu ter sido dirigida ao próprio Clérambault:

Os planos de anamnese, dos quais alguns se gabam por trazerem benefícios à psiquiatria, possuem poucas vantagens junto a imensos inconvenientes. O de mascarar os fatos não reconhecidos não nos parece de menor monta do que este outro, que é o de impor ao sujeito a confissão dos sistemas conhecidos (Lacan, 1987, p. 211).

1.4 Clínica e produção científica

Entre todos os trabalhos deixados por Clérambault, talvez sejam aqueles relacionados às Psicoses Passionais e a construção do conceito de Automatismo Mental os que mais lhe

tenham garantido um lugar na História da psiquiatria. Na condição de médico-chefe da Enfermaria especial, sempre sustentou uma concepção rigidamente organicista e constitucionalista sobre a doença mental. Tinha a convicção de que a doença mental era subordinada a uma organogênese, sendo de natureza constitucional, ou seja, de caráter hereditário e permaneceu alheio a toda influência que a psicanálise trouxe à psiquiatria de sua época. Na edificação de sua teoria sobre o Automatismo Mental, Clérambault sustentava a ideia de que todos os sintomas apresentados pelo paciente, tanto no quadro descrito como pequeno automatismo ou naquele do grande automatismo, eram derivados diretamente da materialidade dos processos cerebrais doentes. Constituiu-se, assim, o famoso Dogma da escola do *Dépôt de Police*. Como um fenômeno inicial, a doença mental era para ele, um transtorno cerebral e de natureza orgânica (Clérambault, 1925/1942). Numa fase secundária é que haveria o desenvolvimento do delírio. “Era uma explicação mecanicista da construção delirante, ligada a uma psicopatologia localizadora e atomista que não é mais defendida atualmente” (Postel, 2011, p. 66). Na perspectiva mecanicista sobre o estudo dos delírios e das alucinações e firmemente defendida por Clérambault “a alucinação é um fenômeno mecânico que constitui o ‘pedestal’ sobre o qual se erige e se constrói a estátua do delírio” (Ey, 1981, p. 521).

Clérambault sempre se posicionou contra todo entendimento da psicose que passasse pela interpretação psicológica. Recusava-se a admitir que na origem do Automatismo Mental houvesse qualquer outra causalidade que não passasse por um hipotético processo orgânico consequente às lesões neuronais. Entretanto, apesar de suas posições, hoje totalmente abandonadas e que, mesmo à sua época, já eram consideradas como ultrapassadas por muitos de seus colegas psiquiatras, não se pode deixar de creditar a ele, a dedicação, o espírito científico, a genialidade das suas observações e a meticulosidade com a qual realizava seus exames clínicos e redigia os seus certificados.

1.5 Experiências militares e a arte

Durante a primeira guerra mundial, apesar de suas funções médicas lhe permitirem permanecer em Paris, Clérambault se dispôs a partir para o Marrocos, onde fez parte do primeiro regimento de marcha da África, tendo combatido sob as ordens do general Pellegrin. Lutando pela frente do Leste, foi notado pela sua bravura, o que, no entanto, não o impediu de ter sido ferido duas vezes durante os confrontos em que participou. Pela primeira vez foi ferido no Marrocos, em 1915 e depois, foi novamente atingido após ter sido enviado para a frente do Oriente. Durante seu período de recuperação, ele retornou à Fez, onde permaneceu até o ano de

1920. Foi nesse período em que ele se dedicou a aprendizagem da língua árabe e iniciou seu empreendimento fotográfico. “Para melhor compreender e tratar os indígenas que lhe eram confiados, ele obrigou-se a aprender o árabe” (Renard, 1992, p.43). Armazenou um número significativo de negativos fotográficos sobre a arte do drapeado marroquino. A partir de suas observações, ele estabeleceu uma verdadeira codificação segundo o movimento do tecido e a maneira pela qual ele se fixa ao ombro, ao pescoço, ao tórax ou a cintura. (Bermond, 1994)

As excentricidades de Clérambault e os trabalhos paralelos ao exercício da medicina realizados durante o curso de sua vida receberam também aqui um destaque simultâneo, sobretudo pelo fato de que no período consecutivo às primeiras décadas depois de sua morte, os temas relacionados à essas questões foram os grandes responsáveis por aquilo que o mantiveram vivo na memória do homem contemporâneo. Trabalhos biográficos e exposições artísticas evocaram o seu nome em várias oportunidades antes mesmo que a sua redescoberta como psiquiatra pudesse ter sido instigada por Lacan.

Desde a sua passagem pelo Marrocos, Clérambault se apaixonou pelos drapeados¹⁵. Uma vida solitária, quase totalmente dedicada ao seu trabalho, poucos amigos, celibatário, misógino e que dividia suas atenções entre o exercício da medicina e a arte. Desde então, mostrou-se profundamente interessado pelos estudos e a transmissão dos conhecimentos sobre o drapeado árabe.

Proferiu de maneira sistemática e desprendida de outros interesses, uma série de conferências sobre esse tema na Escola Superior de Belas Artes de Paris, até ser interrompido por forças exteriores à sua vontade. Esse seu interesse pela vestimenta árabe e os meios que ele utilizou para a composição do seu aprendizado durante o período em que permaneceu no Marrocos, as suas excentricidades e a maneira como exercia as funções de seu trabalho à frente da Enfermaria especial foram temas de vários comentários, muitos deles nada inocentes, sobretudo após a sua morte.

Um número incalculável de fotografias foi tirado, revelado e colecionado por ele em sua residência. Suas fotografias de drapeados marroquinos deram origem a uma abundante e fantasiosa literatura. Uma lenda multiplicou por sete o número provável de fotografias. Falou-se de presenças fantasmagóricas, de mortalhas, de erotismo suspeito. Acreditou-se que o doutor artista, tal como um herói romanesco do século XIX, levava uma vida dupla. (Arnoux, 2012)

¹⁵ Trata-se de uma técnica ancestral, muito característica das roupas do Antigo Império Romano e Egípcio, como uma forma de decoração estrutural. O encanto de Clérambault por esses tecidos contendo dobras ou pequenas ondulações se deu em seus contatos com o povo marroquino que os trajavam.

Tais fotografias foram feitas no Marrocos, nos anos de 1918 e 1919. No ano de 1922, na Exposição Colonial, em Marselha, no Pavilhão do Marrocos, Clérambault expôs quarenta dessas fotos, em formato grande. Há informações de que ele teria sido premiado com uma medalha de ouro. Recebeu, de maneira inesperada, um convite do subsecretário de Estado para as Belas Artes, Paul Léon, para um ciclo de conferências, na Escola de Belas Artes, sobre o tema da vestimenta árabe (Arnoux, 2012).

A arquiteta romena, Doina Petrescu, durante uma apresentação feita por ocasião de sua participação no colóquio *Psychanalyse et Espace*, em 09 de junho de 2000, com o trabalho intitulado *La théorie folle des voiles*, afirmou que Clérambault teria declarado que a sua posição de médico o autorizava a estabelecer relações com as mulheres árabes, tornando-o capaz de, por isso, documentar a construção dos trajes drapeados. Pelo fato de ser um médico, um cuidador e um representante de uma instituição do saber, as mulheres marroquinas lhe revelavam os seus conhecimentos. (Rajchman, 1998)

Entre 1923 e 1926, Clérambault alternou seu trabalho à frente da Enfermaria especial, local onde sustentava suas sessões clínicas nas sextas-feiras e a apresentação de doentes nas segundas-feiras, com uma série de conferências na Escola Normal Superior de Belas Artes de Paris. Tratava-se, na verdade, de um curso de etnografia e no qual ele dedicava-se, principalmente, ao estudo sobre o drapeado árabe. As informações que se tem é de que o curso causava muito interesse entre os seus frequentadores, com o auditório sempre repleto de alunos durante as suas apresentações. Nelas, Clérambault se apresentava diante de seus ouvintes com uma mala cheia de bonecas, vestidas com os tecidos, de forma a ilustrar melhor aquilo que tinha a pretensão de transmitir. (Díez, 2011)

Seu curso ministrado através de uma série de conferências foi interrompido bruscamente e sem que maiores explicações lhe tivessem sido fornecidas. Ocorreu contra a vontade de Clérambault, deixando-o profundamente surpreso e decepcionado com essa atitude. Muitas hipóteses foram levantadas para justificá-la, nenhuma delas comprovada. Tais hipóteses eram baseadas no fato de Clérambault não ser professor da Escola de Belas Artes e que, pelo seu sucesso, pudesse estar provocando ciúmes no corpo docente daquela instituição. Também se levantou a possibilidade de um dia Clérambault demandar sua efetivação para compor este corpo docente. O curso era gratuito e Clérambault nada recebia para ministrá-lo, nem cogitava fazê-lo. De toda forma, conseqüente a interrupção do curso e à falta de justificativa que a acompanhava, Clérambault escreveu uma carta ao diretor da Escola e nela apresentou toda sua surpresa e indignação. Alguns trechos desta carta foram reproduzidos por Renard em sua tese

de doutorado em medicina, apresentada publicamente em 23 de abril de 1942, conforme se segue:

A frequência em minhas conferências foi tal que o maior dos anfiteatros da Escola era pequeno... Eu concentrei meu ensino nos pontos que importam não somente à compreensão do drapeado, mas na exatidão da prega. Eu acredito por outro lado, ter lançado repetidas vezes um novo olhar sobre as formas do drapeado antigo, assim como sobre o espírito da manufatura do drapeado considerado sobre um ponto de vista decorativo, trazendo para a Escola o curso de drapeado geral que lhe faltava ... (Renard, 1992, p. 91).

Em um outro trecho dessa mesma carta, Clérambault realçou o sucesso de público presente em suas sessões. Ele frisou que nenhum outro curso da Escola havia registrado um número tão significativo de frequentadores assíduos como teria acontecido com o seu nos últimos três anos. (Renard, 1992). Entretanto, parecia que as forças políticas contrárias à sua permanência nas dependências da Escola se mostraram de tal forma intransponíveis que ele foi definitivamente suspenso.

Consumado o fato, Clérambault recebeu propostas para continuar ministrando o seu curso em outros locais. Foi-lhe oferecido espaços na Escola do Louvre e no Museu Guimet. Todas essas opções foram prontamente recusadas por Clérambault.

Renard (1992) exaltou ainda outras características da personalidade de Clérambault. Para ela, tratava-se de um homem muito curioso, estudioso, obstinado e dominado pelo trabalho intelectual puro. Ressaltou ter sido ele uma pessoa muito boa, adorada pelos seus amigos e discípulos, além de ter sido um amante da verdade. Mas, ao mesmo tempo, era alguém extremamente solitário e que, além de sua empregada, só abria as portas de sua casa para os pouquíssimos amigos cujas presenças lhe interessavam. O silêncio para a realização de seu trabalho lhe era essencial. Qualquer tipo de barulho ao seu redor obstaculizava os seus escritos. Afora toda a veneração apresentada por essa escritora ao seu mestre, talvez tenha sido justamente por todo esse conjunto de características que Clérambault tenha gerado mais opiniões e sentimentos contraditórios entre as pessoas com as quais se relacionava do que propriamente tenha sido tão adorado por todos eles.

1.6 Os problemas da visão e as suas consequências

A partir de 1927, próximo de completar os seus 55 anos de idade, alguns de seus desconfortos oculares começam a dar sinais de agravamento. Reclamava de que as leituras, mesmo as mais curtas, lhe causavam cansaço, lacrimejamento, cefaleia, náuseas e vertigens. Se passasse um dia sem nada ler, no dia seguinte encontrava-se melhor e mais disposto. Tendo como objetivo evitar tais desconfortos, procurava interromper suas leituras e se entregava a outros tipos de pequenos trabalhos mecânicos. Em um texto de sua autoria¹⁶ e que fora publicado após a sua morte, Clérambault confessava ter perdido o encanto das longas leituras e de suas redações. Como consequência natural, houve uma queda acentuada em sua produtividade. Sua visão se agravava com o passar dos anos. Progressivamente, a leitura se tornava cada vez mais difícil, ao ponto de em muitas ocasiões, não conseguir distinguir uma página escrita de uma outra em branco. Recorreu ao auxílio de uma lupa, mas esta facilitava-lhe apenas nas leituras mais curtas. Atravessar uma rua se tornou um risco e necessitava, muitas vezes, do auxílio de terceiros para executar essa tarefa. Até mesmo no interior de sua casa, seu deslocamento era difícil: exposto a quedas, batia nos cantos dos móveis, objetos eram derrubados. Chegou a sentir pena de si mesmo. Apesar de tardiamente, reconheceu e compreendeu sua doença. Ouviu falar de um método para tratamento cirúrgico de catarata: o método de Barraquer. Estudou sobre o método e procurou conhecer pessoas submetidas ao tratamento deste renomado médico espanhol. Os resultados que pode conferir, eram animadores. Decidiu viajar sozinho para Barcelona. Ao chegar nesta cidade, apresentou o endereço da clínica ao motorista do táxi. Este reconheceu, de imediato, que o destino era a “clínica do Dr. Barraquer” e lhe disse que ali fora tratado e curado de sua doença e que o conceituado médico nada lhe quis cobrar pelo tratamento realizado. Submetido aos interrogatórios e aos exames necessários, decidiu-se pela cirurgia. Estava confiante e quando esta confiança era abalada por qualquer apreensão, dizia-se a si mesmo que não tinha esse direito pois tinha a obrigação de representar o soldado francês. Após o quinto dia, com a retirada do curativo, a cirurgia parecia ter sido coroada de sucesso. Entretanto, nessa noite, num acidente enquanto dormia, por pressão do olho operado no travesseiro ou na mão, os fios se romperam, uma ferida da córnea se abriu e toda a visão foi-lhe suprimida. Com uma intervenção quase imediata do Dr. Barraquer, após cinco dias seu olho se encontrava salvo. Uma opção, então, foi-lhe apresentada. Podia operar seu segundo olho no dia seguinte ou após um ano. Apesar de Barraquer ter-lhe dito que as condições operatórias seriam melhores após um ano, Clérambault

¹⁶ *Souvenirs de médecin opéré de la cataracte.*

decidiu-se pela segunda cirurgia no dia seguinte. O resultado não foi o esperado e, com o decorrer do tempo, uma cegueira quase total se instalou (Clérambault, 1935/1942).

Clérambault se suicidou em 17 de novembro de 1934, aos 62 anos de idade. Redigiu, de próprio punho, o seu testamento e experimentou uma arma no jardim de sua casa, enquanto pedia a sua criada para que não se assustasse com aquela cena. Feito isso, caminhou em direção ao seu quarto. Dentro dele, Clérambault dispôs sua poltrona em frente ao espelho, encostando-a em sua cama que se encontrava logo atrás e disposta no sentido transversal, de maneira a torná-la mais firme para suportar o impacto que o disparo da arma pudesse provocar, não tendo como recuar. Assentou-se na poltrona apoiando seu cotovelo sobre o braço da poltrona e disparou o revólver dentro de sua boca. A bala saiu pelo seu occipital. A morte foi instantânea. “Um alienista, chefe da casa dos loucos, que se torna louco ele próprio, que se suicida e que na véspera internava ainda, que notícia de raro interesse para jornalistas ávidos de histórias pitorescas!” (Renard, 1992, p. 81).

1.7 Repercussões de sua morte

Nas primeiras vinte e quatro horas após a sua morte, a Prefeitura de Polícia a manteve secreta. Porém, no dia seguinte, jornais e rádios a anunciaram com destaque. A notícia também se espalhou no meio médico. Através da imprensa, o assunto foi divulgado através de maneiras desproporcionais e irreconhecíveis. Talvez por sua vida solitária, uma dedicação quase que exclusiva ao seu trabalho, o ambiente no qual trabalhava e vivia, o seu envolvimento com a arte e a fotografia, o seleto grupo de amigos que possuía e a maneira comedida como os recebia, cada um, em sua casa e, ainda, pelas posições que defendia na psiquiatria, possibilitaram que as fantasias dos jornalistas na transmissão de sua morte ganhassem coloridos inimagináveis.

Elizabeth Renard (1992) apresentou dois aspectos para uma tentativa de compreensão sobre a morte trágica de Clérambault: um do ponto de vista médico e outro do ponto de vista humano. Do ponto de vista médico, considerando os dados de sua ansiedade crescente frente às situações adversas que enfrentava, seu testamento delirante e a precisão de seu ato suicida, poderiam conduzir ao pensamento no sentido de uma crise melancólica¹⁷. Entretanto, enfatizou ela, seria preciso admitir não se tratar de um caso típico pela ausência de casos psiquiátricos dessa ordem entre seus ascendentes, sua história pregressa e o fato de ter sido vítima de uma crise depressiva grave tardia, isolada, única e terminal. Do ponto de vista humano, para ela, a

¹⁷ Pelos critérios diagnósticos atuais poderia ser descrita como uma depressão grave com sintomas psicóticos.

possibilidade de compreensão seria um pouco mais simples e não lhe parecia constituir-se num “ato perigoso que a moral deva cobrir de sombra” (p. 74). Lembrou-se de uma prova real que o próprio Clérambault teria dado através de uma confissão feita a um de seus melhores amigos em 1919, dizendo-lhe que se ele, um homem que vivia somente para o trabalho e amante da arte se tornasse cego, nada mais lhe restaria além do suicídio. Nesse mesmo instante, o próprio Clérambault acrescentava uma interrogação relacionada a esse possível ato no sentido de que, se somente por causa disso, deveria ele ser considerado como sendo um alienado. Ainda nessa perspectiva de compreensão, além de sua profunda limitação visual, Clérambault também convivia com uma severa limitação física, consequência de uma artrite que, além das dores, o imobilizava por um longo período. Tudo isso não lhe impedia de retomar seu trabalho à frente da Enfermaria especial, ainda que o fato de se manter de pé lhe fosse extremamente penoso. Algumas semanas antes de sua morte, ele confidenciava a uma amiga a tristeza de não ter uma família ou alguém que pudesse preservar aquilo que ele deixaria. Após sua morte, seus bens foram leiloados em praça pública. Alguns amigos resgataram uma parte e outra encontra-se compondo o acervo do Museu do Homem, em Paris.

No tocante às suas atividades artísticas, em fevereiro de 1994, foi-lhe concedida a designação de psiquiatra-fotógrafo através de uma placa em sua homenagem, exposta em uma praça triangular que recebe o seu nome, no município de Bourges, sua cidade natal (Arnoux, 2012). Mais recentemente, entre os dias 05 e 28 de maio de 2014, na *Galerie La Box*, em Bourges, aconteceu uma exposição de suas fotos, tendo o evento sido intitulado *Démultiplier – Les séances de prise de Gaëtan Gatien de Clérambault (Maroc, 1918-1919)*. Tratava-se de uma rara exposição, anunciava o *folder* sobre o evento proposto originalmente pelo crítico e historiador da arte Antonio Guzmán e que até então nunca fora organizada, tendo por objetivo mostrar exclusivamente o trabalho fotográfico de Clérambault. Esta exposição, continuava o anúncio, tinha como proposta, apresentar e reexaminar a seleção de fotografias originais deixadas por Clérambault, na tentativa de encontrar um equilíbrio póstumo que atrelava sua imagem, às vezes vinculada a uma heresia, outras vezes hagiográfica¹⁸ e que, certamente, essas fotografias tivessem sido decisivas para o surgimento desse tipo de interpretação, tão ambígua.

1.8 A redescoberta pela via da psicanálise

¹⁸ Hagiografia é uma biografia elogiosa que exprime grande reverência pelo retratado, abordando apenas aspectos positivos de sua vida e/ou personalidade.

A partir do testemunho de Lacan elegendo-o como “nosso único mestre em psiquiatria” (Lacan, 1998b, p. 69), Clérambault alcançou um prestígio no meio psicanalítico jamais comparável àquele alcançado no meio psiquiátrico depois de sua morte. Frequentemente citado pelos psicanalistas, sobretudo os lacanianos e psiquiatras influenciados pelo lacanismo, uma série de publicações envolveu e ainda envolve seus trabalhos sobre o Automatismo Mental e a Erotomania, também conhecida pelo nome de Síndrome de Clérambault. Tudo isso gerou e ainda gera uma série de distorções no pensamento clérambaultiano, sobretudo pelo fato de que a redescoberta de sua obra psiquiátrica tenha se dado sob a influência de sua recepção altamente idiossincrática no âmbito do pensamento psicanalítico de Lacan. Tais distorções se manifestaram na grande maioria dos trabalhos a ele dedicados, podendo aqui já serem citados, como exemplos, os de Christian Poulmarc’h (1994), de Martine Girard (1993) e de Jean-Jacques Tyszler (2009), entre tantos outros.

No final do século XIX, predominava na psiquiatria francesa a concepção organicista da doença mental, com um enfoque maior sobre a ideia de degeneração hereditária sustentada por Morel. Na virada do século XIX para o século XX, o anti-organicismo dominou as concepções na psiquiatria, a partir, sobretudo, da aceitação e da força que ganharam as concepções psicanalíticas, entrando na França pela via da psiquiatria. Clérambault talvez tenha sido um dos únicos psiquiatras do início de século XX que rejeitou as ideias trazidas pela psicanálise e buscou através da concepção mecanicista, a sustentabilidade que julgava necessária para defender a concepção organicista das doenças mentais. Por suas ideias organicistas, constitucionalistas e mecanicistas, Clérambault já era considerado, em sua época, um psiquiatra atrasado e ultrapassado em seu tempo. Mas, nem por isso, deixou de gozar da respeitabilidade entre os psiquiatras pela seriedade e meticulosidade com as quais observava, descrevia e agrupava os transtornos mentais. Entretanto, mesmo do lugar de um defensor do organicismo, a reverência feita pelo psicanalista Jacques Lacan ao seu trabalho não deixou de construir o alicerce necessário para a publicação de grande parte das produções teóricas que lhe foram dedicadas após a sua trágica morte.

Uma vasta produção de artigos psicanalíticos e até mesmo dissertações de mestrado e teses de doutorado vêm sendo publicadas e defendidas, no paradoxo das originais concepções etiológicas sustentadas por Clérambault acerca dos transtornos psiquiátricos. Alguns psicanalistas chegam a sustentar que o “S” utilizado por Clérambault, por ocasião dele ainda não ter uma convicção muito clara a respeito do melhor termo para definir a sua Síndrome, estar relacionado ao termo *Structure*, utilizado por Lacan. Associando-o às possíveis e hipotéticas

concepções estruturalistas de Clérambault, ousam até situá-lo como um homem que tenha enxergado além de seu tempo. (Barreto, 2012)

É fato que, em suas teorias, Clérambault, por diversas vezes, utilizou-se do termo **estrutura** para melhor articular e tentar transmitir as suas ideias. Não obstante, não nos parece que em nenhuma dessas vezes ele o tenha utilizado no sentido do que, mais tarde, viria se constituir no movimento estruturalista. Nicola Abbagnano (1982), descreveu os variados sentidos que a palavra **estrutura** podia conter. No sentido lógico, dizia ele, admitia-se que duas relações possuem a mesma **estrutura** quando ambas estão no mesmo plano. Nesse sentido, trata-se de um conceito muito geral. Na terminologia marxista, fazia parte da constituição econômica de uma sociedade. Ou seja, a palavra pode ser usada no sentido de **forma**, como é usada no gestaltismo, por exemplo, ou no sentido de **sistema**, apontando para um conjunto das relações. Em um sentido mais restrito, **estrutura** não faz referência a um plano ou a um sistema qualquer, mas a um plano hierarquicamente ordenado, dotado de uma conexão dinâmica ou vital. E assim foi utilizada por Dilthey (1833-1911) designando o instrumento explicativo fundamental que compreendia os mundos humano e histórico. Não obstante, vários autores utilizaram-se da palavra para indicar as unidades elementares do mundo histórico. Aproveitando-se dessa conexão dinâmica ou vital, a palavra **estrutura** foi traduzida por Spengler (1880-1936) pelo conceito de organismo e neste sentido é frequentemente usada pela biologia. Abbagnano (1982) finalizou dizendo que

Em uma organização qualquer, a estrutura é o plano das atividades ou dos órgãos que mantém em pé a própria organização e lhe permite realizar os seus objetivos. Ela não é semelhante a uma máquina pré-cibernética ou a um organismo no sentido pré-evolucionista, mas é um plano articulado de elementos que, dentro de certos limites, são susceptíveis de variações mais ou menos autônomas (p. 358).

Henri Ey, nos seus Estudos sobre *Une Théorie Mécaniciste: La doctrine de G. de Clérambault*, afirmou que “pode-se dizer, com satisfação, que o grau de tendências mecanicistas de cada um poderia ser medido pela sua atitude de oposição com respeito à noção totalista de ‘estrutura’”. (Ey, 2006b, p. 84). Entretanto, Jacques Lacan parece não ter apenas ressuscitado o seu mestre, mas tê-lo colocado, sobretudo através de seus discípulos, como um dos possíveis precursores da corrente do pensamento estruturalista. Senão vejamos: “Seu *automatismo mental*, com sua ideologia mecanicista de metáfora, por certo bastante criticável, parece-nos em seus enfoques do texto subjetivo, mais próximo do que se pode construir de uma

análise estrutural do que qualquer esforço clínico na psiquiatria francesa” (Lacan, 1998b, p. 69).

1.9 O Clérambault psicanalítico e a mitologia da doutrina

Skinner (1969) em seu artigo *Meaning and Understand in the History of Ideas* chamou a atenção para os vários absurdos históricos decorrentes da ideia de que o valor da história das ideias residia no fato dos textos clássicos conterem uma **sabedoria perene** na forma de **ideias universais**. Segundo ele, esse pressuposto inevitavelmente leva o historiador das ideias a se concentrar exclusivamente ou predominantemente no que o texto clássico diz a respeito de um determinado tema, investigando-o na sua estrutura interna como se o texto tivesse sido escrito por um autor contemporâneo. Este tipo de leitura constitui uma fonte de equívocos que compromete seriamente os resultados da investigação histórica, de modo que a história deixa de ser história e torna-se uma mitologia. Skinner identificou três possíveis resultados consequentes deste tipo de abordagem focada exclusivamente ou predominantemente na estrutura interna dos textos: a **mitologia da doutrina**, a **mitologia da coerência** e a **mitologia da prolepsis**.

A **mitologia da doutrina**, que é aquela que nos interessa particularmente aqui, consiste, basicamente, em esperar que “cada autor clássico (na história, digamos, da teoria moral ou política) deverá anunciar alguma doutrina acerca de cada tópico considerado constitutivo de sua disciplina” (Skinner, 1969, p. 7). Este tipo de mitologia assume duas formas distintas. Em primeiro lugar, o historiador contemporâneo corre o risco de converter observações dispersas feitas por um autor clássico em uma doutrina que o autor original jamais enunciou e jamais poderia ter tido a intenção de enunciar. Ao privilegiar o estudo de afirmações que, de alguma maneira, parecem prenunciar doutrinas com as quais esteja familiarizado, o historiador contemporâneo torna-se particularmente susceptível ao anacronismo, ou seja, à impropriedade histórica decorrente da atribuição de uma determinada doutrina a um autor que, em sua época, jamais poderia tê-la formulado. A leitura cuidadosa de um texto clássico possui o seu valor no trabalho de interpretação das ideias nele contidas, mas não se deve ignorar e tampouco minimizar a importância do contexto em que tais textos foram escritos.

Um segundo tipo de mitologia que tende a ser gerado consiste na atribuição de uma consistência absoluta – a **mitologia da coerência** – às obras de autores clássicos que não foram totalmente consistentes em apresentar suas ideias ou até mesmo falharam completamente em dar sistematização às suas crenças. Segundo o autor, “esse tipo de mitologia dá ao pensamento

de vários autores clássicos uma coerência e um ar de um sistema fechado que eles nunca podem ter alcançado ou mesmo aspirado atingir” (Skinner, 1969, p. 17). Para ele, a escrita da filosofia ética e política está impregnada desse tipo de mitologia. Alguns historiadores chegam a minimizar ou até mesmo suprimir a importância de algumas afirmações que pareçam comprometer a coerência de um texto clássico, buscando salvar de qualquer maneira a coerência entre as ideias do autor que eles chegam a arriscarem-se a sacrificar parte daquilo que o autor deixou registrado.

Por último, Skinner cita a **mitologia da prolepsis**, que consiste na união de dois textos diferentes formando um único texto de forma que o autor possa encontrar em uma afirmação ou em uma ação a justificativa para outra ação ou para o significado desta ação em si. Este tipo de abordagem pode terminar por negligenciar o que o autor da obra teria tido realmente a intenção de dizer. Um dos exemplos citados por Skinner foi o de considerar as visões políticas de Platão em *A República* como as de um “totalitário político do partido” (Popper, 1962 como citado em Skinner, 1969, p. 23).

Foi particularmente na perspectiva da **mitologia da doutrina** que a obra psiquiátrica de Clérambault reapareceu no mundo acadêmico. As produções acadêmicas encontradas no campo da psicanálise – e que somam, na verdade, a quase totalidade das produções acadêmicas publicadas após a sua morte –, na maioria das vezes, costumam utilizar de descrições, termos e até mesmo das síndromes estudadas e publicadas por Clérambault de maneira a reservá-lo um lugar totalmente diferente daquele que ocupou de fato na História da Psiquiatria, atribuindo-lhe, muitas vezes, concepções para a compreensão dos processos mentais que jamais defendeu. Até mesmo as circunstâncias nas quais sua morte aconteceu, reservaram-lhe uma leitura psicanalítica feita por Álvarez & Estévez (1999), por meio de um artigo, a propósito muito respeitoso, intitulado *Ultimo lamento de Clérambault*. A partir de um suposto quadro de melancolia, uma leitura freudiana foi realizada nesse artigo, tendo-se por base o trabalho de Freud de 1917 intitulado *Luto e Melancolia* e uma referência de Lacan à sua teoria sobre o *Nome-do-Pai*. Para isso, eles buscaram em sua história familiar o sofrimento ao qual Clérambault sucumbiu após a perda de sua irmã mais velha, Marie, quando tinha apenas cinco anos de idade e por quem alimentava um sentimento muito nobre. Como consequência dessa perda, vivenciando seu luto, Clérambault produziu uma série de sintomas tais como, perturbações da visão, vômitos, desconfortos estomacais e fadiga. Após a morte de Marie, quando tinha oito anos de idade, nasceu Roger, aquele com quem seria obrigado a conviver e com quem nunca tivera um bom relacionamento. Veio como um intruso a ocupar o lugar de Marie e dividir com ele o lugar que até então era o seu de filho único. Muitas vezes vestido pela

mãe como se fosse uma menina – conforme as fotografias –, estes autores sustentaram ainda que seria plausível pensar na figura de Roger como representante do lugar da ambivalência. Destarte, acreditaram também que tal fato pudesse explicar a misoginia que viria a se manifestar na vida adulta de Clérambault. Roger morreu em 1933, sem deixar herdeiros, um ano antes de Clérambault ter-se suicidado. Álvarez & Estévez, nesse mesmo artigo, fizeram uma citação relevante e que fora pronunciada por Elisabeth Renard (1992), em sua tese de doutoramento, de que após o falecimento do seu irmão e já mergulhado no sofrimento provocado pelas suas perdas físicas, Clérambault teria feito uma confissão a uma amiga, Mlle. H., de que se sentia muito triste pelo fato de não ter uma família ou alguém que pudesse preservar tudo aquilo que deixaria para trás. Segundo os autores, Clérambault teve o seu sentimento de culpa exacerbado pelo fato dele mesmo ter sido o responsável pela sua escolha celibatária enquanto que o seu irmão Roger, um homem casado, morria sem descendentes por algo que lhe escapava a responsabilidade, ou seja, a sua infertilidade. Clérambault, então, era o único responsável pela inexistência futura de um outro Gatian de Clérambault no mundo.

Desse objeto tão valioso fala o seu testamento. Parece-nos que a única falta de sua vida foi ter recebido uma sucessão muito antiga – proveniente das memórias de seu pai e de sua mãe – e que ele não conseguiu restaurá-la, anulando assim a reputação de uma vida inteira (González & Martínez, 1999, p. 462).

Ainda que a obra psiquiátrica de Clérambault tenha reaparecido no meio acadêmico de maneira enviesada, as palavras de Lacan certamente serviram para que o seu legado psiquiátrico não fosse sepultado, de maneira definitiva, juntamente com ele. O próprio Jacques Alain Miller nos confessou que, como ele, muitos profissionais da área da saúde mental, não fosse por essa via, não teriam tido contato com a relevante obra desse personagem da História do saber psiquiátrico.

Como eu não conhecia Clérambault em 1966, quando saíram os *Escritos*, comecei a lê-lo. Alguns anos depois, em uma apresentação que fiz de um texto de Lacan que falava de Clérambault, entendi que Lacan havia introduzido desta maneira sua leitura na França, provocando um movimento de paulatino interesse pela personalidade e pela obra do referido psiquiatra (Miller, 1995, p. 12).

1.10 Clérambault por Henri Ey: uma tentativa de salvar o organicismo

Num terreno em que as concepções psicanalíticas sobre a etiologia psíquica das doenças mentais ganhavam força e influenciavam sobremaneira e de forma cada vez mais abrangente a psiquiatria do início do século XX, Clérambault se estabelecia como um psiquiatra que absolutamente não se deixava influenciar por essa corrente. Suas rígidas posições organicistas e a convicção de fazer uma psiquiatria biológica que fugisse da ideia de degeneração através da concepção mecanicista, não apenas sinalizava Clérambault como um psiquiatra ultrapassado para o seu tempo, mas, sobretudo, pode ter justificado o ostracismo no qual caiu depois de sua morte. Todas essas circunstâncias parecem ter constituído o cenário para que Clérambault fosse, portanto, esquecido das citações psiquiátricas posteriores e o seu nome tenha sido mais evocado pelas suas excentricidades. Todo esse panorama fez com que surgissem sobre ele, então, trabalhos muito mais de cunho biográfico do que propriamente sobre a sua obra. Henri Ey talvez tenha sido, entre os seus sucessores na escola da psiquiatria francesa, aquele que tenha demonstrado um maior interesse pela sua teoria, citando-o com bastante frequência. Henri Ey pode ter-se interessado por Clérambault, sobretudo, pela afinidade com a sua concepção organicista. Adepto do organicismo, mas crítico do mecanicismo, Henri Ey buscou no dinamismo de Jackson a sustentabilidade para suas concepções organogênicas, mais modernas e atuais do que aquelas defendidas por Clérambault, apresentando assim o caminho que acreditava ser aquele que a psiquiatria deveria seguir. (Ey, 2006a). Numa frente de oposição às fortes tendências psicológicas que dominavam a psiquiatria da época, conviveu-se, naquele momento, com duas maneiras diferentes de tentar salvar a psiquiatria organicista: uma delas seria a de Clérambault, já considerada ultrapassada, que procurava separar a psiquiatria organicista da ideia de degeneração, mas pela via do mecanicismo, e a outra que seria através das tentativas de procurar avançar um pouco mais, utilizando-se dos fundamentos jacksonianos na direção de uma psiquiatria organicista, não mecanicista e dinamista, sustentada por Henri Ey. Numa crítica ao mecanicismo de Clérambault, mas sem abrir mão das suas convicções organicistas, enfatizou:

Certamente a teoria do automatismo mental é uma teoria organicista. Ela se beneficiou da sedução que exerce, a justo título, sobre todo psiquiatra, digno desse nome, toda solução dos problemas psiquiátricos no sentido de uma etiologia biológica que insere profundamente nossa ciência no quadro da patologia geral. Para muitos, de fato, que não parecem ter refletido suficientemente sobre esse problema, toda teoria organicista deve ser mecanicista. Ora, foi este mal-entendido que tanto serviu à doutrina de G. de Clérambault. Entre as concepções organicistas da psiquiatria, existem numerosas que são mecanicistas e são, em nossa opinião, falsas e ultrapassadas, entre elas figuram aquela de G. de Clérambault (Ey, 2006b, p. 101).

2 As Psicoses Tóxicas

Clérambault se tornou conhecido, sobretudo, pelos seus trabalhos clínicos e psicopatológicos realizados na Enfermaria especial e apesar do curto espaço de tempo em que permaneceu chefiado pelo Dr. Garnier, na qualidade de médico-adjunto, recebeu da parte dele inúmeras influências que, certamente, puderam ser demonstradas nas defesas de suas concepções e nos testemunhos de suas produções científicas (Pereira, 1999).

Garnier deixou vários trabalhos escritos sendo que, talvez, o mais expressivo tenha sido seu livro publicado em 1890 e intitulado *La Folie à Paris*. Nele, Garnier demonstrou, não somente a sua preocupação, mas também o interesse pelo estudo dos abusos de substâncias tóxicas, em especial do álcool, afirmando que “a estatística prova isso, é ao alcoolismo inicialmente e à paralisia geral em seguida, que convém atribuir o fato desse rápido crescimento da alienação mental nos últimos anos, pois o número de vesânicas propriamente dito permanece quase estacionário” (Garnier, 1890, p. 52).

Apesar de seu reconhecido compromisso com a gênese e a formalização dos primeiros passos na edificação das psicoses, tendo sido por isso até considerado “o mais proeminente micro-fenomenólogo da psicose” (Álvarez, Esteban & Sauvagnat, 2004, p. 96), Clérambault possui dentre as suas primeiras publicações, os trabalhos relacionados aos delírios tóxicos e às perturbações mentais nas intoxicações crônicas. Tais observações certamente estavam relacionadas com as experiências adquiridas no exercício de suas atividades na Enfermaria especial, para onde eram encaminhados, na sua maioria, os pacientes com as consequências dos abusos das substâncias tóxicas mais populares de sua época, ou seja, o álcool, o cloral e o éter. As grandes preocupações de seu mestre, o Dr. Garnier, certamente também lhe foram determinantes para esses primeiros investimentos, conforme podemos constatar na seguinte passagem:

É nesse ponto que a loucura segue um movimento ascendente verdadeiramente perturbador. Existem muitas causas para isso, em primeiro lugar é conveniente colocar o *alcoolismo* crescente, e também essa superatividade funcional, esse *esgotamento* da organização intelectual e física, essa tensão exagerada de todas as forças vivas que o ardor da *luta pela existência* provoca (Garnier, 1890, p. 4, grifos do autor).

É na conjuntura dessa matéria que Clérambault nos deixa como legado um artigo original em 1907, uma intervenção, uma apresentação de paciente e uma comunicação em 1911

sobre o alcoolismo. Sobre o Cloral ele escreveu um extenso artigo em 1909 e no ano seguinte, em 1910, um artigo original sobre o éter.

No contexto das manifestações psicóticas apresentadas pelos alcoolistas, existem algumas de suas descrições que facilmente poderão ser aqui reconhecidas como inéditas. Quanto aos seus trabalhos envolvendo aqueles pacientes atendidos em decorrência de suas trajetórias relacionadas ao consumo e ao abuso do cloral e do éter, os destaques deverão ser creditados às suas descrições singulares e ao rigor com o qual Clérambault sempre esteve comprometido, não somente em relação a definição dos sintomas, mas, especialmente, no sentido de orientar os examinadores quanto aos possíveis diagnósticos diferenciais cabíveis de serem estabelecidos. Na tentativa de apresentar uma sequência mais ou menos lógica em relação às pesquisas que Clérambault realizou em relação a esses quadros, as apresentações aqui obedecerão a uma cronologia dos trabalhos publicados por Clérambault, inicialmente dirigidas aos alcoolistas e, na sequência, aos dependentes de cloral e de éter, respectivamente.

2.1 Álcool

O primeiro trabalho relacionado às intoxicações por drogas e que pareceu impulsionar Clérambault na direção das produções teóricas sobre o tema, foi apresentado sob a forma de um artigo em 1907, intitulado *Embriaguez Psíquica com Transformação da Personalidade segundo P. Garnier*. De acordo com Clérambault, existia uma certa variedade de embriaguezes que Paul Garnier não havia mencionado em seu livro *La Folie à Paris*, lançado em 1890, mas que certamente ele havia estudado. Essa garantia era proveniente de algumas notas escritas deixadas por Garnier e que serviu de estímulo para que Clérambault se debruçasse sobre o assunto. A esse material, acrescentou as suas próprias observações e exemplificou com descrições clínicas dos pacientes que teve a oportunidade de acompanhar, enriquecendo sobremaneira a compreensão desse quadro, totalmente inédito, mas que culminou por cair no esquecimento das descrições psiquiátricas posteriores.

Garnier (1890) apresentou na segunda parte de seu livro e que fora dedicada ao estudo clínico, as três formas consideradas por ele como anormais ou patológicas na embriaguez, assim denominadas: **alucinatória**, **excito-motora** e **psíquica**. A originalidade de Clérambault pode ser atribuída ao isolamento de um quadro que até então não havia sido muito bem apresentado, conforme ele afirma:

Da embriaguez em sua forma psíquica, existe uma certa variedade não mencionada no livro *La Folie à Paris*, mas que nosso mestre tinha estudado e que, de acordo com as notas deixadas por ele, nós vamos tentar descrever. Nós acreditamos que após a leitura das observações que se seguem, e que se superpõem uma a outra quase inteiramente, nós lhe reconheceremos o mérito de apresentar um tipo clínico bem definido, talvez absolutamente novo, que parece ser denominado: *Embriaguez psíquica, com transformação da personalidade* (Clérambault, 1907/1942, p. 93, grifo do autor).

Essas três formas patológicas de embriaguez descritas em 1890 por Garnier foram lembradas mais tarde por Henri Ey (1981) e, a sua descrição, certamente, auxiliou na compreensão das mesmas. A forma **alucinatória** era acompanhada pelas alucinações visuais ou auditivas e que eram caracterizadas, sobretudo, pelo seu aspecto dramático. Nela, o paciente se encontrava mergulhado em cenas frequentemente trágicas que se mesclavam com a realidade, como por exemplo, alucinar um flagrante delito de infidelidade. A **embriaguez excito-motora**, era vivenciada num *raptus*¹⁹ impulsivo e furioso, às vezes anunciado apenas por alguns sinais inespecíficos, tais como um mal-estar indefinido, cefaleias, um sentimento de angústia. Por fim, na **embriaguez psíquica** – que em seu *Manual de Psiquiatria* foi descrita por Henri Ey como embriaguez delirante – predominava a fabulação. Nessa forma, Garnier descreveu a presença de quatro temas relevantes: a autodenúncia delirante, os temas megalomaníacos, os temas de ciúme e os temas de perseguição. Foi exatamente sobre a forma patológica da **embriaguez psíquica** que Clérambault descreveu a vivência de transformação da personalidade.

O quadro de Embriaguez Psíquica com Transformação da Personalidade foi definido como uma convicção apresentada pelo sujeito embriagado de ser uma outra pessoa, de grau social bem superior ao qual realmente pertencia e, neste estado, cometia atos absurdos, muitas vezes até mesmo criminosos, no entanto, quase sempre desinteressados, conforme veremos através de alguns exemplos que serão apresentados na sequência. Tais convicções tinham pouquíssimas relações com o passado desses indivíduos, duravam enquanto durava o período de embriaguez e desaparecia com ela. Esses quadros vividos durante esses períodos podiam ser lembrados pelos pacientes e eles tendiam a repetir, de maneira estereotipada, nos episódios de embriaguez posteriores (Clérambault, 1907/1942).

Com relação às descrições de normal e anormal retratados nesse trabalho fazendo alusão aos episódios de embriaguez, Postel (2011) considerou que para ele toda embriaguez deveria

¹⁹ Trata-se de um impulso súbito e violento no qual os pacientes psiquiátricos são levados ao delírio, à mutilação, ao suicídio ou ao homicídio.

ser considerada anormal. Henri Ey (1981) sugeriu também, através de seu *Manual*, ter compartilhado dessa ideia ao utilizar apenas os epítetos **embriaguez comum** e **embriaguez patológica** como substitutos dos complementos **normal** e **patológico**, respectivamente. A embriaguez comum ocorreria em um indivíduo normal apresentando uma intoxicação alcoólica aguda em três etapas clínicas caracterizadas inicialmente pela excitação psicomotora, sensação de euforia, otimismo e facilidades, mas, ao mesmo tempo, apresentando uma diminuição do autocontrole e da vigilância. Nessa etapa, o quadro foi considerado como o de hipomania. A seguir, o indivíduo tendia a se tornar incoerente, com seu juízo crítico bastante comprometido e na presença de perturbações motoras e alterações do humor mais acentuadas. Existia também uma hipoestesia geral e sensorial. Por fim, o indivíduo caía. Quanto as formas de embriaguez patológica, seus tipos já foram anteriormente descritos.

2.1.1 Embriaguez Psíquica com Transformação da Personalidade

No já referido artigo de 1907, Clérambault apresentou uma descrição detalhada da história de três pacientes que receberam o diagnóstico de Embriaguez Psíquica com Transformação da Personalidade²⁰, uma descrição clínica considerada totalmente inédita para os padrões de classificação nosológica de sua época. O relato desses casos com as suas respectivas tentativas de compreensão e definição serão objetos desse estudo na sua sequência imediata. Como parte dessa proposta, serão apresentadas aqui, de maneira sucinta, as descrições referentes a esses pacientes, discriminadas através dos exemplos de números I, II e III. Esses casos clínicos estão sendo reproduzidos aqui de forma resumida. No entanto, procurou-se manter uma fidelidade para com aqueles dados que pudessem ser considerados relevantes para que a compreensão geral dos mesmos não fosse comprometida. Essa preocupação, aliás, existiu para fazer mérito à fidelidade sempre perseguida por Clérambault nas suas apresentações para a defesa de suas ideias.

Exemplo I: Félix D..., era um paciente com 58 anos de idade, acusado de fraude, motivo pelo qual foi conduzido ao *Dépôt* e após transferido para a Enfermaria especial. Considerado débil de inteligência, alcoolista crônico e que apresentava, sob a influência do álcool associada às disposições originais anormais, na avaliação de Clérambault, acessos delirantes com

²⁰ A partir desse momento do trabalho, essa categoria diagnóstica poderá também ser referida apenas pela expressão Embriaguez Psíquica.

transformação da personalidade. Esse indivíduo foi preso por utilizar o falso nome de barão de Rocher. O próprio paciente expunha sua história confirmando que quando estava sob a influência do álcool, uma curiosa mudança lhe ocorria e que quando retornava a si, sentia-se bastante surpreso com os fatos dos quais era acusado. Fornecia também garantias de que jamais havia se beneficiado de qualquer um desses seus atos. Desculpava-se com as alegações de estar sem teto e sem comida e que por isso ingeria bebida alcoólica para esquecer dessa sua condição. Afirmava não gostar de beber e que tinha até mesmo nojo da bebida, mas que num único trago era capaz de ingerir toda a quantidade que se encontrava naquele copo à sua disposição. Após a ingestão de uma dezena de copos com diferentes tipos de bebidas, transformava-se repentinamente. Tornava-se rico e literalmente sentia e via sua carteira repleta de dinheiro. Confiante de si, realizava reservas de caríssimos apartamentos em hotéis de Paris, todos em nome do barão de Rocher. Já internado e fora de suas crises, Félix D... admitia que tinha consciência de não poder habitar esses apartamentos e que o seu prazer se limitava à oportunidade de vê-los. Na avaliação de Clérambault, o paciente não apresentava esse quadro como consequência única do efeito de seu alcoolismo, mas também “graças a uma falta absoluta de dignidade e de senso moral” (Clérambault, 1907/1942, p. 96). Absolutamente não o via como um “homem de bom coração”, expressão utilizada em várias oportunidades pelo próprio paciente em relação a si mesmo. Ao contrário, pelo fato de ter sido levado mais de trinta vezes à Enfermaria especial, consequentemente ter sido examinado pela maioria dos alienistas de Paris, recebeu por parte deles várias descrições que o situava entre os degenerados.

Exemplo II: Paciente Georges F..., 42 anos de idade, que fora encaminhado para a Enfermaria especial pela delegacia de polícia de Saint-Denis. Na descrição de Clérambault, tratava-se de um “indivíduo inteligente, alcoolista e desclassificado” (Clérambault, 1907/1942, p. 96). Era um paciente que se dizia capitão de fragata e como tal, fazia reserva de quartos em vários hotéis e de maneira totalmente inútil. Georges F... havia entrado na marinha mercante como contador e depois teria trabalhado como marinheiro. Entretanto, começou a fazer uso de bebidas alcoólicas aos 22 anos de idade e foi liberado da marinha quando tinha 28 anos. A partir daí, começou a trabalhar exercendo outras atividades, inclusive dando aulas de francês em Barcelona. Passou então ao uso habitual de álcool e absinto e, com frequência, se apresentava bêbado. Entretanto, dizia também que era capaz de apresentar-se sadio, tanto moral quanto fisicamente. Aos 39 anos de idade, passou a consumir diariamente de quinze a vinte copos de absinto por dia, além de mais sete ou oito copos de conhaque e vários outros copos das mais variadas bebidas. Esse panorama fez com que a sua saúde se alterasse e as perturbações

inerentes ao alcoolismo se agravaram, tomando a forma, segundo a descrição do próprio Clérambault, de uma embriaguez psíquica de longa duração, com ilusão de transformação. Para Clérambault, essa ilusão foi provocada, acima de tudo, pelo abuso do absinto. No entanto, fez questão de frisar que fenômenos alucinatórios visuais precederam-na. Esses fenômenos alucinatórios consistiam em visões de objetos brilhantes, círculos luminosos, chamas, cores que lembravam aquelas do espectro da luz decompostas pelo prisma, sombras, muitas vezes, tomando formas de animais. Nessa fase, associava-se uma onda delirante relacionada às suas visões através da qual o paciente gesticulava e até declamava. No entanto, foi uma fase curta e que logo deu lugar a uma outra, mais calma e que Clérambault se referiu a ela como tendo sido uma fase de transfiguração. A partir de então, o paciente se tornou um capitão de fragata e neste papel, visitava os hotéis mais ricos das cidades por onde passava, imbuído da missão de fazer reservas de quartos para um determinado número de oficiais do Estado-maior. Para efetuar essas reservas, ele fazia questão de conhecer os quartos, discutir os preços e exigir algumas condições de conforto que considerava como sendo indispensáveis. Orientava os funcionários do hotel a distribuir os oficiais nos quartos de acordo com a classificação de cada um e que todas essas despesas seriam quitadas no momento da chegada das bagagens. Um fato curioso era que o paciente só efetuava as reservas se houvessem quartos disponíveis em número de sete ou quatorze, no mesmo hotel. Os oficiais a serem hospedados eram, ora em número de sete, ora em número de quatorze. Esses números eram invariáveis. Ia assim efetuando suas reservas pelos vários hotéis do lugar até que fosse tomado por uma fadiga e um sentimento de torpor incompatíveis com esse seu papel. Num curto espaço de tempo ele voltava ao seu normal e lamentava-se pelos seus atos. Em algumas ocasiões chegava a pedir desculpas pelos seus enganos e procurava rescindir os seus acordos. A reação mais comum, entretanto, era a de tentar se apressar para deixar o lugar e todo o teatro construído por ele. Como capitão de fragata, o paciente se via muito bem vestido, portando múltiplas decorações e saudava militarmente todas as pessoas com as quais encontrava. Chamava a atenção pela sua polidez, o uso das palavras, pelos seus gestos e atos. Total ausência de raiva ou atos violentos. Esse quadro se repetiu mais ou menos umas cinco vezes num espaço de tempo de mais ou menos oito meses. O intervalo entre as duas primeiras crises foi de três meses, sendo que a terceira aconteceu dois meses após a segunda e a duas últimas, três meses após. Essas crises aconteceram quatro vezes em Paris e uma vez em Saint-Denis, local onde ele foi detido. No momento do exame psiquiátrico, Clérambault fez referência aos sinais de um alcoolismo crônico, com formigamentos, câimbras e sob o domínio de um terror intenso. Fazia referência às visões de homens que lhe dirigiam injúrias através das vozes que ouvia. Clérambault destacava o fato de, na ausência das

alucinações, o paciente não fazer menção a nenhuma ideia de perseguição. Não demonstrou nenhuma ideia de suicídio, mesmo durante os episódios de embriaguez. Durante sua internação, foi possível colher a maioria dessas informações com o próprio paciente. Clérambault chamou a atenção para as semelhanças existentes entre esse caso e o anteriormente descrito, sobretudo pelas semelhanças encontradas entre os seus protagonistas, ou seja, homens considerados por ele como tendo características especiais: “desequilibrado congenitamente, alcoolista de longa data, com mais de 40 anos, definitivamente desclassificado e bebendo, como ele alega, em grande parte para esquecer” (Clérambault, 1907/1942, p. 100).

Entre as principais semelhanças encontradas nos dois casos anteriormente descritos, destacaram-se o fato de suas fases prodrômicas terem sido de curta duração e de suas crises terem sobrevivendo de forma súbita. Esses quadros também foram acompanhados em todas as suas extensões por uma euforia, incompatível com qualquer tipo de violência. As ilusões visuais adaptaram-se à atmosfera do delírio e as crises terminaram bruscamente, dando lugar a um estado de confusão e abatimento, sem amnésia para os fatos ocorridos durante as mesmas.

Exemplo III: Paciente Justin N..., 40 anos de idade. Empregado no comércio de seus pais desde que saiu do colégio aos dezoito anos e meio de idade. Em 1870 apresentou-se como voluntário para combater na Guerra Franco-Prussiana, na campanha de 1870 e após, em Sedan²¹ juntamente com os Dragões²². Foi liberado em 1871, mas o clima da revolução o levou a Paris. Desta vez, foi incorporado arbitrariamente pela Guarda Nacional na qual foi nomeado subtenente, desde o início. Derrotados, ele abandonou seu uniforme para se esconder. Acolhido friamente pela sua família, saiu e foi contratado para um compromisso de cinco anos junto aos hussardos²³. Nessa época, Justin N... não estava ingerindo bebidas alcoólicas e, numa discussão com um companheiro que o ridicularizou por não beber, ao terminar este duelo voltou a beber excessivamente. Passou a consumir absinto, licor de anis, rum, aguardente, enfim “tudo aquilo que queima” (Clérambault, 1907/1942, p. 100). Contraiu malária. Foi liberado em 1877. Casou-se duas vezes pois seu primeiro casamento teve uma breve duração em detrimento da morte de sua primeira esposa. Frustrações e decepções marcaram os seus negócios assim como o seu segundo casamento. Ideias de suicídio começaram a lhe surgir e fizeram com que ele voltasse

²¹ Cidade da França na qual em 01 de setembro de 1870 foi travada a Batalha de Sedan durante a Guerra franco-prussiana.

²² Um dos dois esquadrões formados durante essa guerra, composto por antigos soldados engajados ou recolhidos das forças armadas, tendo obtido, então, a denominação extravagante de “Dragões do Norte” (Guilin, 1872).

²³ Hussardo, em francês *hussard*, refere-se a um soldado de cavalaria ligeira, cujo uniforme se parece com o da calvalaria húngara (Azevedo, 1988, p. 807).

a fazer uso de absinto. Aos trinta e três anos de idade, no curso de uma embriaguez onírica e com suas piadas megalomaniacas, foi levado para o serviço do Dr. P. Garnier, mas, o seu quadro foi interpretado como tentativas de golpe e por isso foi condenado à prisão. Ao sair da prisão, sentiu ter perdido toda sua reputação e não mais voltou a procurar por trabalhos. Devido aos novos excessos alcoólicos, apresentou nova embriaguez patológica que continuava sendo interpretada no contexto das trapaçarias e, assim, foi novamente condenado. Assim foi o relato:

“Minha cabeça se perdia, nos diz ele. Minha imaginação estava distorcida. Cometi meus erros sem qualquer raciocínio, simplesmente pelo efeito de um abuso do álcool; aliás, nunca cometi violência nem mesmo demonstrei exaltação; o senhor está vendo que eu mesmo fico surpreso” (Clérambault, 1907/1942, pp. 102-103).

O paciente omite os atos delituosos que o levaram a começar sua confissão. Até que, num segundo momento, ele resolve dizer:

Eu me apresentei à vários açougueiros para tratar do fornecimento de carne para a alimentação *de um suposto batalhão de caçadores a pé*, que deveria estabelecer em breve uma guarnição em Paris. Esse fornecimento tinha aumentado para 250 quilogramas por dia. Eu ocupava a função de *oficial ordinário*, encarregado deste serviço e eu me apresentava com o primeiro nome que me vinha à cabeça (Clérambault, 1907/1942, p. 103, grifos do autor).

Além disso, o paciente assumiu ter feito a locação de trinta e sete quartos de diferentes preços para seus vários camaradas que ainda iriam chegar. Fazia questão de realçar o fato de que todas as testemunhas ouvidas durante o seu julgamento declararam não lhe terem entregue nenhuma mercadoria e que ele também não pedia qualquer quantia em dinheiro. Esses fatos o levavam a sustentar a ideia de não ter causado prejuízo a ninguém e que por isso mesmo se sentia muito feliz. Utilizava-se dessa desculpa para distingui-lo de um trapaceiro qualquer cujos atos tinham sempre a intenção de tirar algum tipo de proveito. Por fim, afirmava que todas as vezes que consumia uma certa quantidade de absinto, voltava a acreditar que ainda era um militar.

Clérambault descreveu algumas semelhanças psicológicas existentes nos três pacientes acima descritos, antes mesmo do aparecimento de qualquer atividade delirante:

São desequilibrados, imaginativos, talvez um pouco abúlicos, desprovidos de continuidade nas ideias e nas ações, fáceis de levar e de enganar; caráter bastante

afetuoso, prestativos, geralmente queridos (muitos detalhes de suas memórias, que nós suprimimos provam isso), seus brilhantes dons iludem, ou melhor, iludiram enquanto eram jovens, sobre seu valor; eles redigem bem e concluem com facilidade os erros de seu passado, mas se eles expõem bem os incidentes, eles julgam as causas com imperfeição, não compreendem as ligações do todo e improvisam visivelmente as máximas sábias das quais nos acusam; não é até pela ostentação que eles se deixam de revelar um pouco débeis (Clérambault, 1907/1942, p. 104).

2.1.1.1 Tentativas de compreensão

Clérambault compreendia que as moralidades de tais pacientes, eram aparentemente normais no início, mas foram gradativamente minadas pelo álcool. O álcool parecia ser responsável por produzir neles um sentimento de dignidade. Entretanto, iam se separando gradativamente de seus antigos amigos, até que em torno dos seus trinta e cinco anos conscientizavam-se de seu isolamento e uma degradação, a partir daí, tornava-se inevitável.

Clérambault se perguntava, diante da aparência relativamente modesta desses pacientes e da ausência de vaidade demonstrada em toda a história de suas existências, onde poderia ser encontrado então, enquanto sadios, o sentimento de orgulho que pudesse ter desempenhado um papel tão importante em seus delírios? Chegou a cogitar a possibilidade de que o orgulho social, nesses pacientes, pudesse suplantar o orgulho pessoal. Defendia a possibilidade de que o desejo presente em tais pacientes era o de se sentirem identificados a uma determinada categoria socialmente classificada e respeitada. Assim, eles se tornariam menos orgulhosos de si mesmos e muito mais do grupo social do qual pudessem fazer parte. Sem embaraços, assegurava que esses pacientes desfrutavam muito mais de seus prestígios do que de suas autoridades. “Eles não querem ser *alguém*, mas *alguma coisa*” (Clérambault, 1907/1942, p. 106, grifos do autor). Clérambault interpelava se esse tipo de amor-próprio com a veneração exagerada de títulos sociais não poderia ser a consequência de uma debilidade mental desses pacientes. Entretanto, logo essa dúvida se dissipou ao constatar que os débeis, mesmo aqueles não delirantes, eram muito propensos a se atribuírem qualidades excepcionais. Dessa forma, podia-se facilmente perceber que o orgulho pessoal nos débeis se mostrava muito evidente e, ao contrário dos três pacientes acima descritos, essa característica se encontrava totalmente ausente. Clérambault também constatou que as crises megalomaniacas não apareciam na embriaguez propriamente dita, e sim nos períodos mais agudos de suas vidas. Esses períodos eram marcados por uma multiplicação de choques morais que justificavam os seus esgotamentos, além da má alimentação. Todos esses desgostos prolongados, na experiência de Clérambault, preparavam

a desagregação através da qual nascia o automatismo. Das particularidades observadas nas vésperas da eclosão delirante, Clérambault chamou a atenção para duas possibilidades que se encontravam presentes num determinado momento da vida desses sujeitos, tidos por ele como sendo portadores de cérebros enfraquecidos: “de um lado, o repertório de ideias onde seu delírio poderá recorrer, de outro lado, a desorganização psíquica de seu psiquismo todo preparado: é esta segunda constatação que é capital” (Clérambault, 1907/1942, p. 105).

2.1.1.2 Comparação com quadros similares

Feitas essas observações, a preocupação de Clérambault se concentrou na definição do próprio período delirante. Para isso ele procurou estabelecer algumas diferenças entre o que chamou de bebedores ocasionais, ou seja, aqueles homens que ele considerava como não impregnados e cuja embriaguez normal consistia em uma mistura de manifestações motoras, verbais e sensoriais; aqueles bebedores ocasionais que apresentavam quadros de embriaguez patológica e, por fim, aqueles descritos como alcoolistas crônicos, propriamente ditos.

A euforia podia ser encontrada entre os primeiros, mas ela possuía características muito particulares e que os diferenciava dos últimos: ela nunca era calma ou uniforme e encontrava-se em constante mudança, podendo até mesmo fazer com que esse sujeito se sentisse com mais capacidades do que quando não estava sob o efeito do álcool. Naqueles que apresentavam os quadros de embriaguez patológica, as suas manifestações eram caracterizadas, sobretudo, pelas descargas motoras, podendo, inclusive, se mostrarem extremamente agressivos e até tentarem suicídio, mas jamais uma outra personalidade viria a ser construída. Entre aqueles definidos como alcoolistas crônicos podiam-se encontrar os chamados delírios clássicos, com perseguição, ansiedade e com o predomínio dos fenômenos visuais. Ou seja, nessas três categorias diagnósticas, a possibilidade do surgimento de um certo grau de apagamento da personalidade era clara e até mesmo, todas elas podiam apresentar alguma manifestação delirante, mas o que Clérambault fez questão de particularizar era quanto a construção típica de uma nova personalidade processada pelos pacientes em seus estados de Embriaguez Psíquica com Transformação da Personalidade.

Todas essas ideias adventícias e às vezes exclusivas podem momentaneamente fazer o doente esquecer sua personalidade real, mas elas não o transformam, e se assim mesmo alguém quisesse chamar de estado secundário o período dominado por elas, não se poderia chamá-la em todo caso de uma personalidade

secundária, já que não existe aí complexidade ideativa, nem organização nova, nem percepção nova do eu (Clérambault, 1907/1942, p. 107).

Quanto às manifestações delirantes megalomaniacas que podiam ser encontradas nas três categorias de quadros acima descritas, elas possuíam um lugar muito restrito nas vivências desses pacientes e encontravam na elevação do humor o seu suporte, porém, eram breves e variáveis e uma interpelação apropriada por parte do profissional que os acompanhavam podia ser suficiente para afastar tais pacientes de seus lindos sonhos.

Clérambault não afastou a possibilidade de poderem ser encontrados na clínica, casos intermediários entre aqueles que ele considerou puros – como os casos dos exemplos I, II e III – e os casos que ele considerou como sendo formas de intoxicações mais habituais. Exemplificou essas possibilidades através dos vários casos que ele teve a oportunidade de acompanhar na Enfermaria especial, pacientes que, na verdade, foram assistidos e tratados pelo Dr. Garnier. São casos nos quais existia uma transformação da personalidade, porém essa transformação possuía características muito especiais em relação aos casos considerados puros. Havia entre aqueles uma convicção megalomaniaca surgida subitamente, mas bastante diferente, em muitos aspectos, dos casos dos pacientes descritos aqui como típicos. A euforia apresentada pelos casos intermediários era muito menos prolongada e não exclusiva. Havia uma instabilidade afetiva que, notadamente, era influenciada pelas alucinações que se originavam com total independência da ideia eufórica. Como a ideia delirante era edificada sobre uma base frágil, tinha uma duração muito curta e, por consequência, os atos que ela motivava também eram curtos. Esse quadro terminava de forma súbita e com o paciente apresentando um quadro de terror²⁴.

Firme em seus propósitos de circunscrever os casos considerados puros e diferenciá-los de outras apresentações clínicas, Clérambault continuou a apontar dentre esses últimos, características que pudessem diferenciá-los dos casos de Embriaguez Psíquica com Transformação da Personalidade. Utilizou, como referência, os relatórios de casos que continham em seus certificados o registro da expressão **transformação de sua personalidade**, mas que para Clérambault, essas transformações também possuíam características muito distintas daquelas que lhe motivaram a descrição desse quadro inédito. Cita como exemplo: “Um jornaleiro de 48 anos, usuário de absinto, embriagado, perseguido por alucinações

²⁴ Esse quadro foi definido por Clérambault como sendo o de uma panfobia (*panophobie*), ou seja, um estado patológico que se caracteriza por um temor exagerado de todas as coisas.

acusatórias e determinado a se suicidar, declara, no momento de se jogar no Sena, que ele é o imperador da Rússia” (Clérambault, 1907/1942, p. 109).

Rigorouso com relação aos detalhes que pudessem assegurar a diferenciação entre os quadros, apresentou um outro exemplo, relatando a história de um paciente de vinte e cinco anos de idade e que se dizia filho de Alexandre Dumas, atirava ouro com as mãos e insistia para ser recebido na residência oficial do presidente da república francesa. Clérambault caracterizou esses quadros como sendo a de uma embriaguez delirante, às vezes banal, às vezes aberrante e, muitas vezes, amnésica.

Nesses dois exemplos acima citados e em outros que ele apresentou no seu artigo, identificou as ideias delirantes verbalizadas pelos pacientes como sendo contingentes e tolas e quanto aos atos que elas produziram, tiveram uma duração muito curta e eram absurdos. Segundo Clérambault, o mais comum nesses casos era o paciente insistir para fazer uma visita a um determinado personagem oficial.

Esse artigo de Clérambault teve o mérito de procurar ilustrar a sua preocupação com a definição precisa daqueles estados que ele não hesitou em definir como puros, ou seja, aqueles casos diagnosticados como Embriaguez Psíquica com Transformação da Personalidade. E foi ainda nesse sentido que ele resolveu avançar mais um pouco e selecionou alguns pacientes que poderiam até se misturarem a esse novo grupo porém, se houvesse um pouco mais de critério por parte dos seus examinadores, tais pacientes deveriam ser colocados em outros grupos diagnósticos e não nesse.

Foi o caso, por exemplo, de um paciente denominado L..., de trinta e oito anos de idade. Apesar de ser considerado um trabalhador qualificado, Clérambault não deixou de lhe atribuir como característica o fato de ser profundamente débil. Referiu-se a ele como um sujeito pouco inteligente, mas bastante aplicado. Tratava-se de um celibatário e que morou durante toda a sua vida com os pais, tendo ainda seu pai como seu legítimo empregador. Seu pai demonstrava muito orgulho por ter conseguido inventar uma ferramenta profissional que lhe era muito útil. Entretanto, L..., apesar de tagarela e orgulhoso, jamais teria se servido dessa invenção de seu pai para tematizar os delírios orgulhosos que apresentava quando se encontrava embriagado. Durante os episódios de embriaguez, L... fazia projetos de enriquecer a sua família, entretanto, através do seu trabalho. No seu discurso, riqueza e força eram temas constantes, mas jamais fez compras ou efetuou encomendas durante seus episódios de embriaguez megalomaníaca. Embriagado, discutia e se envolvia em frequentes brigas nas ruas por onde passava. Clérambault selecionou a seguinte cena com relação ao paciente:

Outro dia, vendo à beira do canal algumas pessoas ociosas, ele imediatamente se dirige a uma multidão que olhava a água, declara que uma pessoa se afoga, procura vê-la, indica o lugar onde ele a vê, convida as pessoas para socorrê-la. Ele mesmo vai salvá-la, mas, não sabendo nadar, ele se inclina sobre a beira estendendo-lhe o braço. Então, a multidão exclama, admirando sua coragem: “*Este homem é Napoleão!*” No começo ele dificilmente pode acreditar, depois ele o admite e na delegacia ele declara: “*Eu sou Napoleão*”. Nenhuma amnésia posterior (Clérambault, 1907/1942, p. 110, grifos do autor).

Clérambault destacou nessa cena a colaboração do onirismo²⁵ com a exaltação do eu, na presença de uma convicção de transformação. Entretanto, afirmou que haveria a necessidade de uns graus a mais para que uma outra personalidade completa viesse a se constituir. Para que isso acontecesse, Clérambault acreditava ser necessário um onirismo menos sensorial de forma que as faculdades intelectuais pudessem ter mais espaço, “um onirismo menos móvel, um onirismo conduzido por um motor interno, onde as imagens (falsas percepções, ilusões, alucinações) não gozassem de nenhuma independência e não desviassem os conceitos, mas fossem subordinadas a eles no seu nascimento e no seu percurso” (Clérambault, 1907/1942, pp. 110-111). Clérambault não se declinou diante da possibilidade de poderem existir outras características, além dessas, ainda que elas pudessem ser consideradas menos importantes. Na busca de uma melhor delimitação para o quadro, ele fez alusão às regiões cerebrais e aos sistemas de elementos cerebrais até então não precisamente definidos, mas que mesmo assim poderiam ser afetados pelos tóxicos, como em sua opinião, o seriam na melancolia e na mania.

Ora, nós sabemos, principalmente pelas melancolias, de quanta importância são os centros ou elementos na representação do eu, na noção de identidade (ideias hipocondríacas, de transformação corporal ou psíquica, etc.). As sensibilidades estariam também, segundo P. Janet (*automatismo mental*²⁶) na base dos estados secundários da histérica, etc. (Clérambault, 1907/1942, p. 111, grifo do autor).

²⁵ Henri Ey (1981) descreve algumas características consideradas essenciais e presentes no onirismo alcohólico, a saber: 1) ser um estado alucinatório vivenciado, com o paciente participando inteiramente de seu sonho, dando-lhe expressão verbal e hipercinética; 2) ser móvel, com as percepções alucinatórias ou ilusórias se deslocando e, como no sonho, ao recuperar sua lucidez através de algum estímulo, até mesmo criticar esse estado mórbido; 3) ser geralmente acompanhado por ansiedade. O delírio onírico é normalmente vivenciado em uma atmosfera de confusão mental.

²⁶ Importante ressaltar que neste momento, Clérambault ainda não tinha formalizado seu conceito de automatismo mental, como veremos mais adiante nessa tese. Não menos importante é acentuar que Pierre Janet já havia descrito o seu automatismo com a denominação de **automatismo psicológico** e não **automatismo mental** como aparece nesta citação.

Assim, para Clérambault, a transformação que ocorria nos casos considerados não puros era superficial e transitória e ela não colocaria em jogo os elementos profundos do sujeito tais como a memória e as suas habilidades. Observou que as ideias concordavam com a euforia, entretanto elas não se sobrepunham nem ao eu total, nem ao eu parcial, não se identificando, portanto, com a ordem das ideias preestabelecidas.

2.1.1.3 Características das alucinações

Clérambault observou que havia uma concordância entre as alucinações, o sensorio comum e as ideias preexistentes. Segundo ele, essa concordância era consequência da influência do subconsciente²⁷ e de todo o domínio intelectual sobre as produções sensoriais, tanto nos delírios tóxicos quanto nos delírios vesânicos. Essa influência determinava a natureza e, com muita frequência, o conteúdo da alucinação: “voz que dá de forma aleatória o nome do verdadeiro perseguidor; vozes que, nos melancólicos, determinam o raptus perigoso, voz que dá uma ordem ao místico, etc.” (Clérambault, 1907/1942, p. 112).

Trabalhou também no sentido de estabelecer algumas diferenças no que dizia respeito à relação entre as alucinações e os atos que elas poderiam produzir nesses diferentes quadros clínicos. No caso das vesânicas, a alucinação fornecia um material para todo um sistema de ideias e servia de adaptação a esse mesmo sistema. No caso dos delírios tóxicos, a alucinação era mais fortuita em seu conteúdo e impunha-se pela sua rapidez e intensidade a uma consciência sem crítica. Nos delirantes tóxicos, a alucinação implicava em uma convicção imediata e por isso mesmo, o ato que ela poderia provocar, ou ocorria instantaneamente ou não acontecia. No caso das vesânicas essa relação se mostrava diferente. Nelas, essa mesma alucinação poderia despertar uma resistência na consciência que, por sua vez, produziria um consequente atraso até chegar ao ato. Entretanto, esse processo implicava em uma progressão com um desenvolvimento sistemático e o seu resultado poderia ser quase fatal, ou seja, num ato homicida ou de suicídio.

Esses distúrbios sensoriais, portanto, acompanhavam todo o período megalomaniaco. Tinham como características, fatos em comum e que poderiam ser identificados nos três exemplos descritos – I, II e III – como sendo pouco numerosos, pouco intensos e com um conteúdo determinado. As alucinações encontradas nos quadros puros não possuíam

²⁷ O termo subconsciente, encontrado em várias passagens da obra de Clérambault, nos parece estar sendo utilizado conforme era usado, no século XIX, por alguns psicólogos franceses tais como Ribot e Janet, entre outros, no sentido descritivo de “distingui-lo do inconsciente considerando-o como uma consciência débil ou diminuída” (Abbagnano, 1982, p. 888).

características dominadoras e prepotentes, diferentes daquelas evidenciadas no delírio alcoólico propriamente dito, como por exemplo, aquelas alucinações apresentadas pelo paciente que distribuía peças de ouro. As alucinações dos casos puros, então, tinham a particularidade de estarem subordinadas às faculdades intelectuais dos seus pacientes.

Outra característica diferencial importante no que diz respeito às alucinações visuais apresentadas pelos pacientes diagnosticados em seus quadros puros de transformação da personalidade e àquelas apresentadas pelos pacientes com delírio alcoólico agudo ou subagudo defendida por Clérambault, se referia ao domínio que essas alucinações exerciam sobre os pacientes. Os primeiros – como eram os pacientes descritos nos exemplos I, II e III –, apesar de se sentirem elegantemente vestidos e acreditarem estar portanto estrelas, divisas, medalhas e tantas outras condecorações militares, eles não saíam distribuindo-as entre as pessoas, como faziam os últimos ao lançarem insetos e tantos outros objetos que viam sobre as suas peles ou mesmo nos ambientes onde se encontravam. E na conjuntura dessa distinção, ele afirmou que apesar da crença absoluta que todos esses pacientes transformados em sua personalidade tinham em relação às suas alucinações “elas não são suficientemente intensas e manipuladoras para dirigir a ação. Na sua natureza e em seu momento de aparição, elas são subordinadas às faculdades intelectuais, que parecem evocá-las na medida das necessidades, para preencher as lacunas do mundo real” (Clérambault, 1907/1942, p. 119).

Alucinações com essas características raramente foram encontradas nos demais quadros de delírios provocados pelo álcool. Os alcoolistas delirantes agudos jamais se descreveram e as suas cenestesias sempre apresentaram características muito particulares. As suas auto representações também se mantinham absolutamente intactas.

Essa é mais uma contribuição de Clérambault no sentido de situar as vivências alucinatórias presentes nessa nova entidade nosológica como secundárias e dependentes de todo o trabalho intelectual que ocorreu nesses pacientes.

Em resumo, as alucinações desses casos puros estariam diretamente ligadas a um conceito dominante e, por isso, elas teriam ditado uma sequência de vários atos e não apenas um único ato isolado. Clérambault considerava que os conceitos desses pacientes eram da ordem do endógeno, ou seja, o atos, as ilusões e até mesmo as alucinações existiriam exclusivamente como consequência de suas euforias e estariam, portanto, subordinados a um determinado sonho intelectual.

2.1.1.4 Características do delírio

Para Clérambault, o intelecto tinha, portanto, uma participação ativa no delírio e o conteúdo desse delírio era extraído das profundezas do ser de cada um. O conteúdo dessas profundezas podia conter tendências conhecidas pelo sujeito ou apenas algumas possibilidades latentes. “Essas possibilidades consistem em fragmentos ocultos do eu, susceptíveis de se tornar tendências” (Clérambault, 1907/1942, p. 112). Entre essas possibilidades, destacou o surgimento das ideias de suicídio e de homicídio, o gosto pela autoacusação ou o delírio megalomaniaco e que foram por ele caracterizadas como sendo fragmentos ocultos do eu. Surgidas na consciência, essas ideias apropriavam-se de toda a consciência do sujeito, subordinando o inconsciente e acolhendo a alucinação produzida por essas ideias. Enquanto nos casos dos alcoolistas dos exemplos I, II e III os conceitos tinham uma origem endógena, nos demais alcoolistas aqui apresentados, Clérambault considerava que esses conceitos eram originados de uma combinação sensorial periférica e acidental em relação às suas esferas psíquicas “que sem demasiada imprecisão nós poderíamos denominá-las parasitárias” (Clérambault, 1907/1942, p. 113).

O delírio assim retratado pareceu ter sido resultante de uma combinação de vários fatores: euforia, excitação predominantemente intelectual, ideias de elevação social, assim como pela existência prévia de um pacote de lembranças bastante coerente. Esse pacote, em sua opinião, seria “reanimado por uma *impregnação direta* e não por um dos mecanismos de associação de ideias” (Clérambault, 1907/1942, p. 116, grifo do autor), e, ainda, estimularia muito pouco os centros motores e sensoriais. Tais lembranças foram assim localizadas no contexto do substrato orgânico e que, em condições adversas, o paciente as revelaria – no sentido fotográfico do termo, como faz questão de sublinhar – deixando afastada a importância de o referido mecanismo da associação de ideias ter estado envolvido.

A atividade delirante desses pacientes foi caracterizada pelos atos megalomaniacos especiais, num estado de euforia e hipomania, desenvolvendo-se, especialmente, naqueles pacientes com idade relativamente avançada, considerados por Clérambault como sendo degenerados alcoólicos, em um período de degradação e com tendência a repetirem suas crises de uma maneira estereotipada. Relacionava-se, portanto, a um quadro por ele definido como sendo de uma “mania intelectual” (Clérambault, 1907/1942, p. 113). Durante o período considerado doentio, as recidivas aconteciam em intervalos bastante próximos.

Os delírios também eram caracterizados pela sua estereotipia, ou seja, os seus detalhes, mesmo aqueles mais circunstanciais, tenderem a se reproduzir de forma regular. Como exemplo, podemos reportar à repetição dos números sete e quatorze utilizados pelo paciente Georges F...

A natureza da megalomania foi analisada por Clérambault no contexto de não ser apenas uma tendência exclusiva dos pacientes em questão. Para ele, além de uma possível tendência individual, necessariamente haveria uma combinação com um determinado estado cerebral associado a uma fórmula tóxica especial. Essa fórmula, ainda que lhe parecesse bastante misteriosa, não o impediu de articular uma hipótese bastante ousada. A de que ela poderia ser constituída, em sua maior parte, pelos produtos dos resíduos do organismo, ou seja, pelo estado de subnutrição dos pacientes, pelos distúrbios morais antecedentes, pelo fato do delírio suceder as libações e pelas semelhanças apresentadas com a mania e com o onirismo. Em relação à impregnação tóxica, afirmou:

Ela age como o corante histológico que, em um corte, escolhe alguns elementos, deixando os outros despercebidos, estabelece aparências de identidades e de conexão entre os pontos, às vezes, não idênticos e desconexos; enquanto que um outro reagente teria dado no mesmo corte outros detalhes e outras relações, constituindo uma imagem sobreposta por alguns espaços cheios e outros vazios em relação à primeira (Clérambault 1907/1942, pp. 118-119).

Através desse mecanismo, Clérambault acreditava, não somente no grau de lógica, mas também no grau de arbitrariedade das eletividades tóxicas exercidas sobre o cérebro dos pacientes. Mostrou-se convencido de que as lembranças apresentadas tinham uma relação direta com a impregnação dos tecidos e absolutamente nada com a associação das ideias.

Ele advertiu também sobre a possibilidade de serem encontradas ideias de grandeza em outros quadros mórbidos como, por exemplo, nos alcoolistas clássicos, nos estados pós-infecciosos ou auto tóxicos como na escarlatina e na febre tifoide, mas que os mecanismos explicativos descritos acima não necessariamente se aplicariam às ideias presentes nesses quadros.

2.1.1.5 Patogenia e diagnóstico diferencial

O quadro da Embriaguez Psíquica com Transformação da Personalidade poderia então ficar assim caracterizado: possuía início e término abruptos; nenhum tipo de bebida alcoólica pareceu especialmente ativo; era possível encontrar alucinações elementares precedendo a crise; o doente poderia ou não ter apresentado anteriormente um episódio de delírio alcoólico típico; tratava-se de uma crise toda intelectual desde o seu início com ausência de alucinações

desordenadas, de agitação psicomotora e de ansiedade; terminava na confusão e a crítica reaparecia assim que a euforia desaparecia; não existia amnésia consecutiva.

Clérambault acreditava que esses quadros eram muito menos raros do que, à princípio, poderiam sugerir. Na verdade, muitos deles passavam despercebidos devido ao fato desses pacientes serem considerados, desde o início, apenas como alcoolistas. Quando eram encaminhados para uma delegacia e uma perícia fosse instituída, o profissional especialista poderia chegar um pouco tarde em relação a uma descrição mais detalhada por parte do próprio paciente. Dessa forma, o próprio médico-perito poderia ser levado a valorizar apenas o delito em toda essa história. Seria como se a embriaguez não tivesse tido outra importância a não ser no sentido de estimulá-lo. Tais casos seriam, enfim, interpretados apenas no contexto de sua contravenção e não como uma patologia.

Como já foi apresentado anteriormente, vários pacientes apresentaram quadros clínicos que puderam ser classificados como estados mistos. Nestes, o predomínio das alucinações e da agitação psicomotora sobressaía em relação aos estados puros. Para que o rigor dessa diferenciação pudesse ser estabelecido, Clérambault advertiu para o fato de que os estados mistos não passavam “de simples variações da embriaguez, do delírio polimorfo com alcoolismo, em vez de uma forma de embriaguez patológica” (Clérambault, 1907/1942, p. 123). A duração da atividade delirante de um paciente num estado misto era muito mais curta do que na sua forma pura.

A indicação da internação desses pacientes diagnosticados com Embriaguez Psíquica, era, para Clérambault, de fundamental importância por se tratar de indivíduos alcoolistas e em estado de caquexia. Além disso, tratava-se de uma entidade nosológica caracterizada pelo aparecimento de delírios variados e na qual a presença das ideias de suicídio não era absolutamente rara. Esse grupo de pacientes, na maioria das vezes, encontrava-se em um estado tal de degradação que se tornava incapaz cuidar de sua própria higiene física e moral fora de um ambiente protegido. Não raramente os próprios pacientes demandavam por sua internação.

Clérambault observou que os demais onirismos – ebriosos ou não – deveriam ser levados em consideração quanto aos diagnósticos diferenciais da Embriaguez Psíquica. Para ele, esses onirismos terminavam, com muita frequência, num período de sonho parcial com os pacientes demonstrando dúvidas sobre a realidade de suas vivências, acompanhadas de um sentimento de estranheiridade que podia durar de horas a vários dias. E concluiu afirmando que nenhum dos pacientes definido com o diagnóstico de Embriaguez Psíquica teria experimentado sensações parecidas.

No compromisso reiterado de encontrar na parte física do corpo as explicações que sempre defendeu sobre as origens do delírio e tentando se antecipar a qualquer explicação que pudesse se afastar dessa sua doutrina, afirmou:

Uma aparente explicação global se apresentará de início no pensamento dos psicólogos e não dos alienistas. Esse delírio megalomaniaco se produziria por compensação às humilhações recentes e por utilização das únicas lembranças brilhantes de que o indivíduo dispõe. A embriaguez atenderia os desejos do decaído, fazendo dele aquilo que ele gostaria de ser de melhor; ele bebeu, aliás para esquecer, etc. Esta explicação visa somente o conteúdo idéico do delírio. Sem sair do ponto de vista psicológico comum, podemos nos opor a isso: uma vez constituída a euforia, por que *tais lembranças* são as únicas utilizadas? Por que de tal maneira? Por que, por exemplo, essa forma puramente suntuária de lembranças regimentares ou marítimas? Outros sonhos de aspecto bem diferente (riqueza pessoal, amor, glória), não compensariam mais ainda os dissabores recentes (pobreza, condenação, abandono)? (pp. 114-115, grifo do autor).

Sem dúvida, pareceu tratar-se de uma crítica dirigida a alguns de seus contemporâneos, adeptos das explicações psicológicas do delírio, focalizando suas atenções para o seu conteúdo e não para o mecanismo do delírio, ao contrário do que ele defendia. Clérambault acreditava que a questão a ser decifrada encontrava-se na origem da euforia e na estereotipia do conjunto dos detalhes. Esses fenômenos, até então, não encontravam nenhuma explicação psicológica que pudesse ser considerada conclusiva. Recuperando os mesmos argumentos utilizados pelos alienistas que o antecederam, Clérambault voltou-se para a sífilis na tentativa de estruturar a sua defesa: “refletir sobre isso seria imitar o erro dos leigos que querem ver, por exemplo, nas preocupações anteriores do paciente, a origem de sua megalomania paralítica, enquanto se deve culpar a sífilis” (Clérambault, 1907/1942, p. 115).

A predominância do intelecto juntamente com as manifestações do humor eram para Clérambault um testemunho evidente de uma eletividade especial do agente tóxico sobre alguns elementos cerebrais. E pelo fato de não ter encontrado o quadro descrito em nenhum paciente abaixo dos quarenta anos de idade, Clérambault defendia a hipótese de que uma impregnação antiga fosse absolutamente necessária para o seu desencadeamento.

Durante as crises, esses pacientes sugeriam estar globalmente orientados e conservando certa dose de julgamento que esbarrava apenas nos limites de seus delírios. Eles demonstravam certa prudência, como por exemplo, não emitiam cheques, não se envolviam em falsas celebrações, enfim, não demonstravam em suas condutas, envolvimento com esse tipo de calote ou ganhos ilícitos. As observações mais atentas em relação ao comportamento desses pacientes,

permitiam a constatação de que apenas o conjunto de suas condutas poderia escapar às suas críticas. As simulações também eram descritas por Clérambault como sendo inexistentes e não havia nenhum relato nesse sentido – simulações de suicídio, de delírios, etc. – nos registros das histórias desses pacientes. Todo esse cenário sugeria que eles efetivamente vivenciavam esse espetáculo na sua essência e, absolutamente, não havia nenhum indício em suas condutas de que a satisfação primordial fosse aquela de enganar o outro. Ao contrário, toda essa conjuntura era consequência direta das vivências delirantes de cada um, e, por isso mesmo, seria um erro caracterizar tais delírios como tendo sido um ato de simulação.

Com relação às convicções que tais pacientes apresentavam em suas ideias delirantes, Clérambault observou que nem sempre essa crença era absoluta e que, de maneira geral, esses pacientes demonstravam algum tipo de contentamento ao ser possível abandoná-las. O paciente do exemplo III deixou isso muito claro em seu julgamento, com o depoimento das testemunhas garantindo que ele não havia em nenhum momento recebido vantagens pessoais pelos atos cometidos durante seus episódios megalomaníacos. Ao contrário, não era bem assim que ocorria com os pacientes descritos como mitômanos e também os imaginativos de Dupré. Senão vejamos:

O mitômano assume um papel presunçoso, cria para si um personagem decorativo (filho de rei, inventor, nobre emigrado, rico industrial, etc.). Ele adere a esta personagem com uma convicção tal que provoca a adesão de diversas pessoas enganadas, dóceis, cúmplices da miragem. Explora seu papel às vezes durante meses, sustentando sua invenção de ator-autor com meios cada vez mais complicados e aventureiros: empréstimos reiterados, hospedagens faustosas, cheques sem fundos e mudanças de identidade, até o momento em que o cenário se desmorona diante de uma escroqueria desmascarada ou de uma prova irrefutável das mentiras. Então, em geral, desaparece através de uma fuga que pode lhe permitir recomeçar em outro lugar, imediatamente, o grande jogo da falsa personalidade que representa” (Ey, 1981, p. 376).

Além do alcoolismo não necessariamente estar presente entre estes últimos, ficava muito evidente que o objetivo primordial desses sujeitos era a trapaça. O tempo de duração desse **teatro** parecia ser muito maior do que nos pacientes descritos por Clérambault e o quadro desaparecia quando o indivíduo era desmascarado. Através de uma fuga esses pacientes iriam continuar a sua história em outro local. Também entre os imaginativos, a crença nos delírios manifestados pelos pacientes, era praticamente absoluta. Além disso, foram colocados por

Dupré no grupo dos estados delirantes crônicos, ao lado dos delírios alucinatórios e dos interpretativos. Na descrição de Dupré, esses indivíduos seriam assim caracterizados:

O imaginativo não tem alucinação, ele não faz ou faz poucas interpretações e, todavia, ele delira abundantemente; ele conta aos outros e a si mesmo romances aos quais acrescenta fé desde o início. Trata-se, na maioria das vezes, é um delírio de grandeza (romances de cabo e espada, de amor, de invenção, etc...), raramente de um delírio de perseguição (Dupré, 1925, p. 93).

Esses delirantes não foram considerados perigosos por Dupré e por seu aluno Logre pelo fato de terem sido considerados mais prejudiciais pelas suas palavras do que pelos seus atos. Eram delírios que evoluíam cronicamente, no entanto, sem demência.

Clérambault terminou esse seu artigo lamentando ter sido obrigado a revelar sozinho todas essas importantes observações devido a morte repentina de P. Garnier. Ele acreditava que todo esse material poderia constar da obra de seu mestre, *La Folie à Paris*, com o orgulho de poder ter sido um dos corretores de um possível capítulo a ser nela incluído.

2.1.2 Alcoolismo crônico e fugas prolongadas

As contribuições de Clérambault em relação aos pacientes alcoolistas não se limitaram à descoberta de quadros clínicos considerados inéditos para a nosologia psiquiátrica, como aqueles que foram anteriormente descritos. Em 1911, através de uma apresentação de paciente, ele expôs algumas considerações sobre uma manifestação apresentada por um alcoolista crônico caracterizada pela existência de constantes e sucessivos episódios de fugas, em um período significativamente prolongado. As discussões envolvendo pacientes nessas condições foram publicadas originalmente na edição de dezembro de 1911, através do *Boletim da Sociedade Clínica de Medicina Mental* e posteriormente em suas *Oeuvres*, em 1942, sob o título *Etilismo. Fuga prolongada num fugitivo usualmente depressivo*.

A reprodução feita sobre a história clínica desse paciente e apresentada na sequência pode mostrar o nível de comprometimento que o médico Clérambault tinha para com o seu trabalho. No curso de seu desempenho profissional, o que não lhe faltava era disposição para tentar encontrar argumentos que pudessem convencer os seus colegas psiquiatras sobre aquilo que governava a sua consciência e as suas convicções.

Juntamente com outros médicos, ele exercia as suas atividades nas dependências físicas de uma delegacia de polícia e estava submetido a uma determinada hierarquia policial²⁸. No entanto, os médicos que lá desempenhavam as suas funções detinham o poder de separar e conduzir o que era de ordem médica para a medicina tratar e o que era da ordem policial para que os atos específicos dessa área pudessem ser realizados pelos delegados de polícia. Tratava-se, portanto, de um trabalho de plantão médico-pericial.

A apresentação reproduzida sobre o caso desse paciente permitiu observar também o empenho que Clérambault demonstrava ter em relação à precisão de seus diagnósticos, tentando evitar, ao máximo, que um erro diagnóstico pudesse alterar o destino de qualquer um de seus pacientes. A sessão clínica envolvendo os quatro médicos desse serviço pode comprová-lo.

Inicialmente será feita uma breve transcrição de alguns fragmentos colhidos da história do paciente em questão para que, na sua sequência, pudessem ser relacionadas algumas reflexões teóricas que o tema suscitou.

W... era um indivíduo alcoolista que apresentou diversas fugas na história de sua existência. Avô paterno alcoolista e morto aos 75 anos de forma súbita, pai descrito como um degenerado, alcoolista crônico e violento, morto aos 65 anos, provavelmente de suicídio, uma hora após a morte de sua mãe. Esta apresentava um quadro de envelhecimento orgânico prematuro e de demência desde a menopausa. Tal demência, segundo Clérambault, era caracterizada principalmente por sua amnésia. Tinha uma irmã e dois filhos. Engajado voluntariamente no serviço militar aos 19 anos, apresentou diversas fugas nesse período de prestação dos serviços militares. Seus hábitos alcoólicos começaram antes dos seus 18 anos. Todas as suas fugas foram relacionadas por Clérambault como tendo acontecido sob a influência da ingestão de bebidas alcoólicas.

A fuga é o modo de reação pessoal do nosso paciente, *em todos os casos de mal-estar moral* (contrariedade, irritação, aborrecimento, tristeza), e isso principalmente, talvez exclusivamente, quando ao fator moral associa-se uma *influência alcoólica* seja deprimente (cronicidade), seja excitante (embriaguez) (Clérambault, 1911/1942a, p. 133, grifos do autor).

²⁸ Vários certificados expedidos por Clérambault e pelos outros médicos desse serviço, cujo acesso nos foi permitido, contêm exemplos do nível de relacionamento desses médicos com a chefia de polícia de Paris (*Préfet de Police*). Muitos desses certificados eram solicitados e/ou encaminhados por/para essa chefia no sentido de solicitar internações, avaliações, comunicações de alta e até mesmo com informações sobre a evolução de determinados pacientes internados. Essa "hierarquia" pareceu existir até mesmo no imaginário da população daquela época. No interior dos prontuários de vários pacientes, foi possível ter acesso a várias cartas de familiares de pacientes dirigidas ao chefe de polícia, solicitando alta, manutenção ou internação para os seus. Infelizmente, esse material não pode aqui ser anexado por questões relacionadas à legislação francesa.

Sua primeira fuga ocorreu quando tinha 19 anos de idade, tendo partido por cinco dias. No seu retorno, seu pai o fez engajar-se por quatro anos num regimento de artilharia. A segunda ocorreu depois de ingerir duas doses de absinto na companhia de seu pai. A seguir, brigou com a sua irmã e terminou sendo expulso de casa por seu pai. Colérico, foi para a estação e pegou um trem para a casa de seus primos que moravam em outra cidade. Sua irritação persistiu durante toda a viagem. Retornou no quarto dia por receio de ser considerado desertor. Foi condenado a sessenta dias de prisão, dos quais só foi obrigado a cumprir quatorze. A terceira fuga se deu no contexto de sua apresentação à sua nova corporação, em outra cidade. Dispunha de três dias para fazer isso. Nesse período, bebeu vinho e absinto, discutiu com seu pai por questões relacionadas à dinheiro. Sua mãe, às escondidas do pai, lhe deu uma certa quantia. Foi então que decidiu não se apresentar à nova corporação no tempo que lhe havia sido fornecido. “Um *mal-estar moral* tinha parte nas libações e teve parte depois em sua fuga, o sujeito estava *profundamente contrariado*” (Clérambault, 1911/1942a, p. 134, grifos do autor). Como consequência, recebeu trinta dias de punição decorrente do atraso em sua apresentação na corporação. No entanto, devido a uma anistia, cumpriu apenas uma pequena parte dela.

Três semanas após, o paciente juntamente com um ex-cabo, começou a beber, passou três dias ausentes de sua corporação e recebeu uma nova punição: foi enviado para a África por um período de onze meses. Nessa temporada não houve fugas. Entretanto, por ocasião de seu retorno a França, uma quinta fuga ocorreu. Casou-se antes de se reapresentar ao trabalho. Considerado desertor, foi condenado a dezessete meses de trabalhos públicos. Entre os anos de 1900 e 1910 que se seguiram, então casado e com filhos, apresentou mais umas três ou quatro fugas, segundo sua mulher. Numa delas, durante dois dias, perambulava de bar em bar procurando por amigos e passou parte de uma noite com uma prostituta.

Em 1911, empregado numa excelente condição, bebeu excessivamente, abandonou o trabalho e se dirigiu para casa de alguns primos que moravam em outra cidade. Para os primos, alegou estar de folga. Utilizou grande quantidade de bebidas alcoólicas durante esse período e, em decorrência disso, seus primos o fizeram retornar à sua casa. Por ocasião de sua última fuga, na verdade a terceira do ano de 1911, o paciente encontrava-se deprimido, fatigado, enervado e intoxicado, segundo as descrições de Clérambault. No dia 25 de outubro, estava há oito dias desempregado e bastante deprimido. Sofria também uma exarcebação dos desconfortos causados pelo seu alcoolismo. No dia 26, aceitou um trabalho como entregador de mercadorias. Na noite de 26 para 27 de outubro, “*ele fala alto e gesticula dormindo*” (Clérambault,

1911/1942a, p. 135, grifo do autor), entretanto, esta cena passou-lhe despercebida pois teria se levantado com a sensação de ter dormido muito bem à noite. De frente ao seu local de trabalho, entrou num mictório e, ao sair, mudou completamente o seu objetivo. Ele andou e correu pela calçada, chamou um táxi e pediu para que o motorista lhe levasse para bem longe de Paris. No caminho, pôs-se a beber com o motorista, até o momento em que este lhe teria dito não mais lhe poder fazer companhia. Ele pagou o motorista e entrou num trem e se deslocou para uma outra cidade. Nesse momento, bebia excessivamente e se alimentava muito mal. Clérambault descreveu que naquele momento o paciente se sentia excitado e triste ao mesmo tempo. Lamentava-se pelo ato cometido e não tinha apetite. Apresentou vômitos contendo uma abundante presença de bÍlis. Depois de se levantar, percebia muitos tremores em suas mãos. Durante todo o período dessa fuga, o paciente experimentou esses sintomas em praticamente todas as manhãs. No dia primeiro de novembro desse ano, lembranças fúnebres lhe vieram à cabeça, ele retornou a Paris, foi ao cemitério, colocou uma cruz no túmulo de seus pais e chorou copiosamente. Continuou sua peregrinação, deslocando-se entre várias outras cidades, tendo chegado, inclusive, à Bruxelas. Nesta cidade, continuou a beber e pensou em se matar. Na sequência, comprou um revólver. Não se matou e pegou um trem de volta para a França. Durante essa viagem, desceu em todas as cidades que lhe agradavam por algum motivo imprevisto e sem maior importância. Numa delas, hesitou entre se matar e se jogar no rio. Diante dessa hesitação, optou apenas por jogar a sua arma no rio. Deslocou-se para uma outra cidade, passou o dia a perambular e à noite procurou a delegacia de polícia do local e expôs a sua situação. Nunca, em outros episódios de fuga, o paciente havia pensado em suicídio.

Clérambault resumiu assim a história de W...,

Nós não podemos colocá-lo em dúvida, porque ele constitui um quadro mórbido típico, coerente em todos os dados, impossível de improvisar ou mesmo para expor após o estudo, sobretudo para um sujeito ignorante e deprimido. Enfim, só ele pode explicar a conduta bizarra do sujeito, e ele concorda com o estado em que nossos exames o encontraram (Clérambault, 1911/1942a, p. 137).

2.1.2.1 Reflexões de Clérambault sobre o caso

Clérambault acreditava que o paciente se encontrava às voltas com as perturbações de seu alcoolismo crônico. Sua discreta depressão antes de ir visitar o túmulo dos pais em 01 de novembro, em sua opinião, era consequência dos seus mal-estares e de seu alcoolismo, por um

lado, e de suas preocupações, por outro lado. Quanto ao impulso ocorrido no dia 27 de outubro, depois de ter-se dirigido ao seu local de trabalho, Clérambault fez o seguinte comentário:

Para compreender tal impulso, é preciso se lembrar que W... é *especialmente predisposto à fuga*, e que o menor mal-estar moral, seja de causa consciente, seja de origem física, o coloca na iminência de fuga. Tinha ele bebido no instante anterior? Não é de forma alguma necessário supô-lo. O efeito das libações da véspera, bastava para fornecer todas as condições do impulso: *tristeza, irritação, necessidade de mudança imediata* (Clérambault, 1911/1942a, p. 137, grifos do autor).

Clérambault considerou W... como sendo um emotivo, ou seja, de que nele qualquer fato, por menor que fosse, funcionava como uma bola de neve em muito pouco tempo. “Ele esquece tudo, e uma vontade passageira, ou melhor violenta, se impõe a ele” (Clérambault, 1911/1942a, p.137). Clérambault supunha que ao chegar nesse ponto, um emotivo reagia de acordo com as suas próprias aptidões: cólera, agitação, ideia de suicídio, fuga, etc. No caso de W..., a maneira encontrada foi a de produzir uma mudança radical. Observou que W... era um indivíduo profundamente instável, muito além do permitido, como na verdade seriam todos os emotivos. Contrariado, ele renunciou ao seu posto e ao contrário de muitos, a sua excitação foi manifestada através da necessidade de uma mudança imediata. Clérambault comparou o paciente em questão, do ponto de vista da fuga, aos casos de melancolia, dipsomania e aos embriagados e que, em cada uma de suas fugas anteriores, o paciente pode ter apresentado traços de cada um desses quadros. Acreditava ser muito difícil, nesses casos, fazer os devidos diagnósticos diferenciais.

Clérambault concluiu o seu certificado médico-legal e encaminhou o paciente para uma discussão clínica com outros colegas psiquiatras.

W. é um degenerado, emotivo, com tendências depressivas e alcoolismo; propensão básica para a fuga. Várias fugas desde os seus 18 anos.

Fuga recente de 15 dias; impulso, período de mal-estares físicos e morais; peregrinações bizarras, fantasias de suicídio, apetite etílico e mal-estares muito aumentados durante este período.

Incriminado por abuso de confiança (gorda soma roubada e gasta).

Pai alcoolista, tendência suicida, desequilibrado, internado.

Demência prematura da mãe, etc.

Irresponsabilidade quanto ao delírio recente.

Atualmente, depressão acentuada. Incapaz momentaneamente de se conduzir. Deve ser internado, 2 de dezembro de 1911 (Clérambault, 1911/1942a, p. 138).

2.1.2.2 Discussão clínica e conclusões

O paciente W..., foi levado para uma sessão clínica na *Sociedade Clínica de Medicina Mental*, na qualidade de um caso médico legal. Encontravam-se presentes, nessa ocasião, os médicos, Legrain, Pactet, Clérambault e Vigouroux. As duas primeiras perguntas dirigidas ao paciente foram formuladas pelo Dr. Legrain, conforme reproduzidas abaixo:

M. LEGRAIN (*ao paciente*). – O que você bebeu na véspera de sua partida precipitada?

PACIENTE. – Muito vinho branco, nada mais do que vinho branco; eu não tinha bebido absinto.

M. LEGRAIN. – Você se lembra claramente das circunstâncias de sua partida e de sua viagem?

PACIENTE. – Sim, exceto talvez do que se passou entre Reims e Épernay. Essa parte do trajeto não está muito precisa no meu pensamento (Clérambault, 1911/1942a, pp. 138-139, grifo do autor).

Após responder à segunda pergunta, o paciente deixou a sala, e a discussão teve a sua continuidade contando apenas com a presença dos quatro médicos.

O ponto de maior divergência entre os médicos presentes, concentrou-se na tentativa de diferenciar um quadro mórbido de um caso policial. Na verdade, a busca por essa definição era, talvez, uma das maiores razões da existência do *Dépôt*.

Nessa sessão, um dos maiores questionadores sobre a possibilidade do paciente W..., ser mesmo um doente ou não, provinha do Dr. Pactet. Ele argumentou que o caso desse paciente era muito parecido com o caso de um outro paciente observado por ele há alguns meses, no mesmo serviço, e diante do qual a sua insistência se concentrou em fazer uma diferenciação entre uma fuga premeditada e uma fuga patológica. Na sua apreciação, era esse o aspecto que poderia esclarecer se se tratava de um doente ou não. Mas, Clérambault disse que o paciente em questão tinha sido visto por ele na prisão, ocasião em que ele se apresentava nitidamente deprimido, hostil, em silêncio e que quanto à sua história clínica, “não foi ele quem me entregou todos esses detalhes; foi preciso que eu os arrancasse dele” (Clérambault, 1911/1942a, p. 139).

Essa observação de Clérambault mostrava claramente a sua opinião de acreditar que W... era um doente, ao contrário do Dr. Pactet. A ênfase dada por Clérambault, perante os seus colegas, à forma como o teria abordado ainda na prisão, demonstrou mais uma vez a importância que ele atribuía a essa sua maneira bem peculiar de abordar os pacientes.

Dr Vigouroux alertou para o fato desse paciente ter-se mostrado consciente durante as suas partidas e também de ter gastado voluntariamente todo o dinheiro roubado. E perguntou se toda escapada de bêbados deveria ser considerada uma fuga patológica²⁹. Clérambault o contestou lembrando que W... havia realizado várias fugas anteriores apenas com aquilo que possuía e advertiu para o fato de que “todas as fugas de W. tiveram uma forma impulsiva, sobrevinham de maneira imprevista, eram fundamentalmente inúteis e até prejudiciais” (Clérambault, 1911/1942a, p. 139). Clérambault não poupou esforços para tentar convencer os seus colegas de que W... era um doente e apelou para a capacidade que um médico-perito quase sempre tinha de reconhecer os atos de um simulador. Não deixou também de relembra-los que a justiça sempre os pedia para que assinalassem tudo aquilo que havia de mórbido em um acusado.

Clérambault condenou a utilização do conceito de fuga apenas para quando esse ato fosse acompanhado de amnésia e evocou que “a palavra fuga, na linguagem corrente, é clara, ela designa uma partida pouco motivada, ou tendo somente motivos escondidos, e bastante brusca” (Clérambault, 1911/1942a, p. 140). Corroborou que na linguagem científica, a definição é a mesma, apenas trazendo consigo um complemento que pudesse melhor caracterizá-la. Nesse sentido, citou os exemplos das expressões fuga demencial, fuga melancólica, fuga comicial, etc. E continuou dizendo, “impor-lhe um sentido arbitrário, seria ainda mais inoportuno, já que não faltam termos para designar o deslocamento com amnésia: estado secundário, sonambulismo, *automatisme ambulatoire*³⁰, na falta de melhor termo, fuga amnésica” (Clérambault, 1911/1942a, p. 140, grifo nosso). Não satisfeito ainda, disse que a palavra fuga não deveria ter seu uso limitado ao sentido de um determinado indivíduo fazer todo o seu percurso a pé, nem mesmo utilizá-la como sinônimo de deambulação. Dar qualquer um desses sentidos ao termo seria um equívoco.

Portanto, poderíamos encerrar os argumentos de Clérambault com a seguinte passagem:

O que é característica da fuga, não é o meio empregado, é a necessidade de deslocamento, é o impulso de partir, é a inutilidade do todo ato. Nós vimos numerosas fugas de alcoolistas, de histéricos e até de melancólicos onde uma boa parte do percurso era feita na estrada de ferro. Um de nossos alcoolistas

²⁹ Essa pergunta nos pareceu ter sido dirigida com uma certa dose de ironia.

³⁰ Segundo o Larousse (1975), o termo ambulatório (*ambulatoire*, em francês), em seu antigo uso, referia-se àquele que não tem um lugar fixo (ambulante, itinerante, errático, vagabundo, errante). Segundo Cheniaux (2015), o automatismo ambulatório que também pode ser denominado dromomania, poriomania ou fuga, “consiste numa necessidade de afastar-se, de mudar de lugar, que se manifesta como uma deambulação sem finalidade ou como uma corrida súbita ou imotivada. A fuga proporciona alívio para um estado de disforia relacionado a circunstâncias do ambiente” (p. 137).

delirantes e confusos, amnésico em seguida, fez uma fuga metade correndo e metade em uma carroça da qual ele se apoderou na estrada; só a metade de seu ato é que foi uma fuga? Um vagabundo que faz uma viagem sem bilhete deixa de ser, durante o percurso, um vagabundo? (Clérambault 1911/1942a, p. 140).

Essa exposição mostrou Clérambault defendendo, com todos os argumentos que dispunha, em favor de que W... deveria ser considerado um doente e não um contraventor. Reiterou que ele se encontrava, no momento de suas avaliações iniciais, deprimido, chorando, sem manifestar nenhuma preocupação de se defender dos possíveis delitos cometidos e que as suas condições físicas eram péssimas. Ele presumia que o paciente não possuía condições de trabalhar, de suportar em liberdade, os seus lamentos e as críticas que certamente iria receber pelo seu comportamento. Por fim, acreditava que, se ele não estivesse num ambiente seguro e protegido, certamente já teria voltado a beber e talvez até mesmo poderia ter cometido um suicídio.

2.1.3 Alcoolistas crônicos com múltiplas internações

Em uma comunicação intitulada *Nota sobre os alcoolistas crônicos com múltiplas internações* (Clérambault, 1911/1942b), Clérambault não só demonstrou suas preocupações para com um grupo de pacientes que utilizavam de maneira excessiva os asilos de Paris – através de suas múltiplas internações –, mas cujas variadas passagens pela Enfermaria especial também eram notórias. Defendeu, inclusive, a abertura de um espaço específico para acolher esse tipo de clientela.

“Estes indivíduos saídos de várias categorias mórbidas não são definidos inteiramente por nenhum nome. Antissociais, violentos, preguiçosos, alcoolistas, estes são praticamente seus aspectos mais gritantes” (Clérambault, 1911/1942b, p. 141). Foi através dessas características que Clérambault passou a chamar a atenção dos demais médicos para esse tipo especial de clientela, ou seja, pela conjuntura de seus aspectos médico e social.

Desde criança esses pacientes foram notados por alguns de seus aspectos que advertiam sobre possíveis problemas futuros tais como uma anestesia moral, escolaridade irregular, fugas, alcoolismo precoce e sintomas histéricos ou epiléticos, entre tantos outros. Em suas adolescências, algumas particularidades nos seus comportamentos também chamavam a atenção, tais como as rupturas com suas famílias, o envolvimento em brigas e discussões e o engajamento voluntário no serviço militar aos dezoito anos de idade. Nos ambientes militares, como as suas atitudes se reproduziam, esses indivíduos terminavam por enfrentar frequentes

adversidades diante da disciplina imposta, recebendo punições das mais variadas formas, podendo chegar até mesmo à deserção.

Por todo esse conjunto, a vida civil desses sujeitos terminava sendo marcada pelo abuso do absinto, condenações múltiplas, golpes, ferimentos, e como consequência do alcoolismo, chegavam, muitas vezes, a serem internados em quadros de *delirium tremens*. Além desse último quadro, outras manifestações clínicas decorrentes do alcoolismo também foram observadas, com ou sem convulsões associadas.

Esses pacientes tendiam a passar com muita frequência pelos serviços de atendimento médico e, a partir daí, muitas vezes encaminhados para internações de longa permanência nos asilos de Paris. Não obstante, esse grupo de pacientes, em sua história, trazia consigo a marca de uma grande variedade de internações ocorridas nas mais distintas regiões do país. “Esses sujeitos manifestam sua vontade de serem internados com uma insistência e uma violência particulares” (Clérambault, 1911/1942b, p. 143). Entretanto, mesmo assim, frequentemente se queixavam de estarem sendo privados de suas liberdades individuais. Este fato remete a uma outra característica própria desse grupo de pacientes que é a simulação. Além das invenções dos sintomas, propriamente ditas, Clérambault alertou para a possibilidade de uma mistura de situações envolvendo quadros reais e simulações, e apresentou alguns exemplos, tais como:

Eles são levados por uma embriaguez excito-motora e amnésica, mas esta embriaguez foi voluntariamente procurada, o próprio sujeito concorda. Eles são levados num estado de hipomania com substrato alcoólico, mas eles exageram sua loquacidade e sua violência, eles alegam alucinações e uma insônia absoluta que eles não têm na realidade. Eles são levados em um estado de delírio alucinatorio subagudo, mas é visível que na delegacia, e às vezes ainda diante de nós, eles exageram sua ansiedade e seus medos (Clérambault, 1911/1942b, p. 142).

Nos hospitais, os comportamentos desses pacientes também não deixaram de chamar a atenção de todos que por ali circulavam. Além das frequentes simulações utilizadas para chamarem a atenção sobre si, desafiavam as equipes de trabalho, ao mesmo tempo em que estavam internados pelas suas próprias teimosias, reclamavam do confinamento alegando que iriam perder seus trabalhos e como consequência não teriam mais dinheiro para pagar suas despesas. Em outras situações, criavam muitas dificuldades para suas altas. Chegavam até a fazer ameaças de morte aos médicos que insistiam em manter suas altas. Em outras oportunidades, desafiando a autoridade dos médicos em relação às suas altas, diziam que

voltariam em poucas horas. Para isso, se despiriam em via pública ou agrediria o primeiro passante que encontrasse. Tratava-se de indivíduos aos quais Clérambault se referiu como sendo verdadeiros parasitas pelo fato de abusarem de todos os tipos de instituições de assistência pública ou filantrópicas existentes. Em relação às suas características antissociais que fundamentalmente se acentuavam no decorrer de suas existências, Clérambault declarou: “sua hostilidade, outrora intermitente e instintiva, tornou-se agora racional e contínua; suas exigências de parasita tornaram-se grandiosas e ameaçadoras” (Clérambault, 1911/1942b, p. 143).

Clérambault defendia a ideia de que fossem criadas instituições especiais que pudessem abrigar esse tipo de clientela e se mostrava totalmente avesso à opinião de muitos em favor da criação de espaços separados nas instituições já existentes por considerá-la insuficiente para resolver o problema. Sustentava que “não são apenas Seções Especiais que é preciso criar para esses pacientes, mas sim, múltiplos Asilos Especiais, com legislação especial, que serão os Asilos de Segurança³¹” (Clérambault, 1911/1942b, p. 144).

A preocupação da medicina com indivíduos portadores desse tipo de comportamento é antiga e segundo Paim (1976) “a expressão *loucura moral* foi introduzida na linguagem médica por Prichard, em 1835, para designar o comportamento de certos indivíduos que apresentavam desarmonia constitucional da afetividade e da vontade, com integridade da capacidade de julgamento, da crítica e do pensar” (p. 531, grifo do autor). Diante da constatação médica de que esses pacientes tinham a consciência das repercussões de seus atos, por essa capacidade de julgamento e de crítica, esses indivíduos não tiveram muita dificuldade de serem imputados pelas leis vigentes e de serem, portanto, responsabilizados e penalizados pelas consequências de seus atos.

Outra característica importante, assinalada desde Pinel, dizia respeito à possibilidade desses quadros estarem relacionados a uma anomalia congênita, sendo, portanto, hereditária.

O conceito de uma anomalia caracterial exprimida por atos sem controle e não bloqueados de início foi encarado como um distúrbio moral inato, ao qual Pinel, em 1809, deu o nome de “mania sem delírio”, enquanto Esquirol, um pouco depois, denominava-o “monomania instintiva” ou “impulsiva”. A ênfase estava pois, colocada em uma anomalia congênita do instinto. Esse mesmo espírito animou a maioria dos psiquiatras do século XIX: a “loucura dos degenerados” e Morel corresponde à “*moral insanity*” de Pritchard (1835) e às “*Moralische Krankheiten*” dos autores alemães da mesma época (Ey, 1981, p. 369).

³¹ Em francês, descritos através da expressão *Asiles de Sûreté*.

A teoria da degeneração exerceu influências significativas no pensamento do autor italiano Cesare Lombroso, responsável pela noção do criminoso nato. Muito influenciado pelas teorias evolucionistas darwinianas, “Lombroso via a criminalidade como uma forma de atavismo humano, um passo atrás na filogênese da humanidade” (Sass & Herpertz, 2012, pp. 989-990). Entendia, dessa forma, que os atos criminosos estariam intimamente ligados à biologia de forma que os distúrbios morais desses infratores podiam ser explicados pela ausência dos centros nervosos superiores, responsáveis pelo comportamento moral do homem.

Nobre de Melo (1980) acentuou que os conceitos referentes a esses distúrbios sofreram alterações no decorrer do tempo. Kraepelin dedicou um capítulo na 8ª. edição de seu *Tratado* à descrição desses quadros definindo-os como constituições psicopáticas e Bleuler associando-os a outros estados mórbidos, tais como as aberrações sexuais descritas por Kraepelin num capítulo distinto desse mesmo *Tratado*, sob a denominação comum de Psicopatias.

Doze anos depois dessa comunicação feita por Clérambault, essas apresentações clínicas receberam uma descrição mais sistematizada através do psiquiatra alemão Kurt Schneider possibilitando incluir esses sujeitos no grupo das intituladas Personalidades Psicopáticas. Schneider (1978), dizia que “a personalidade compreende os sentimentos e as tendências não corpóreas e a vontade” (p. 43). Por personalidades anormais, ele compreendia as variações que poderiam existir em relação a uma média da personalidade humana, fazendo questão de deixar claro que aqui não haveria nenhuma forma de valor, ou seja, haveriam estados entre as consideradas personalidades normais e aquelas consideradas anormais. Paim (1976) observou que “Schneider adverte que o termo ‘anormal’ é empregado com dois significados diferentes, o *estatístico* e o *ideal*, e que somente no primeiro sentido é que a ciência pode aplicá-lo” (p. 532, grifos do autor). No entanto, é dentre as consideradas personalidades anormais que Schneider vai distinguir o grupo das personalidades psicopáticas e as definiu assim: “personalidades psicopáticas são aquelas personalidades que sofrem por sua anormalidade ou, sob influência dela, fazem a sociedade sofrer” (Schneider, 1980, p. 32).

Sass & Herpertz (2012) expuseram que o conceito cunhado por Kurt Schneider foi sendo estreitado de forma progressiva de maneira a destacar, nesses indivíduos, os aspectos antissociais que os caracterizavam. Assim, naturalmente aconteceu um abandono das especulações etiológicas em detrimento de suas descrições e a visão de uma sociopatia em relação à psicopatia governou o pensamento psiquiátrico anglo-saxão. Em 1980, no *DSM-III* surgiu o conceito de transtorno de personalidade antissocial, que foi mantido no *DSM-III-R* e atualmente as personalidades psicopáticas podem ser encontradas descritas como Transtornos

de personalidade no *DSM-IV* e como Transtornos de personalidade e de comportamento em adultos no *CID-10*, com as especificações dos seus vários subtipos.

2.1.4 Os casos de alcoolismo na França após a tomada de medidas legais e administrativas

Entre as bebidas alcoólicas utilizadas pelos franceses no início do século XX, o consumo do absinto talvez tenha sido aquele que mais preocupações trouxe às suas autoridades sanitárias, apreensivas com os crescentes índices de alcoolismo na população. Essa constatação as impeliu no sentido de que pudessem ser tomadas medidas legais e administrativas com objetivos de coibir o uso de bebidas alcoólicas durante e após a primeira guerra mundial.

A palavra absinto, pelo menos entre os francófonos, possui dois significados. Se por um lado a palavra significa uma variedade de planta, uma erva aromática cujo nome científico é *Artemisia absinthium*, conhecida mais popularmente como losna, por outro lado refere-se a uma bebida alcoólica com teor alcoólico variando entre 45° e 85° como resultado da maceração de várias plantas no álcool, seguida de uma destilação. A planta é rica em óleos essenciais, particularmente a tujona, considerada um neurotóxico e que em altas dosagens produz um efeito alucinógeno. Sua utilização como medicamento data da Antiguidade, no entanto, como bebida, foi considerada uma invenção do Dr. Pierre Ordinaire – que, no início, também a utilizava por suas propriedades medicinais – e por Henriette Henriod, na região do Val-de-Travers, Neuchâtel, na Suíça do século XVIII (Lachenmeier, Walch, Padosch, & Kröner, 2006).

Impulsionado pelo consumo do absinto, em especial, e pelas bebidas alcoólicas, em geral, o número de pacientes alcoolistas que dava entrada na Enfermaria especial só aumentava. No entanto, ações políticas e públicas no sentido de reverter esse panorama, provocaram uma significativa queda nessa demanda e fez com que Clérambault apresentasse em 1921, uma comunicação com o título *Diminuição e modificação dos delírios alcoólicos depois das medidas legislativas e administrativas tomadas durante a Grande Guerra*. Alguns dados muito interessantes foram divulgados através desse seu trabalho.

A adoção de três leis foi considerada como de fundamental importância para a redução do número de pacientes apresentando quadros psiquiátricos em decorrência do alcoolismo, conforme os dados que serão apresentados logo a seguir. A lei de 16 de março de 1915 que proibia a venda, a fabricação e a circulação de absinto e dos licores similares na França (Briand, 2005). A lei de 09 de novembro de 1915 que proibia a criação de novos estabelecimentos para o comércio de bebidas alcólicas (Guyot, 1917) e a lei de 01 de outubro de 1917 que punia com

multas todos aqueles que fossem encontrados em estados de embriaguez nas ruas, praças, cafés, cabarés e outros locais públicos (Gómez, Lermenier, & Milhet, 2013).

Clérambault constatou assim, uma profunda modificação no movimento de alcoolistas que passava pelo serviço que chefiava. O número desse tipo de clientela chegou a ser reduzido à sua metade. A gravidade dos casos com delírios alcoólicos examinados também diminuiu. Dado interessante apurado foi que a proporção dessa redução foi muito maior entre os homens do que entre as mulheres. Aferiu uma diminuição de 14 para 5 entre os homens e de 8 para 5 entre as mulheres. Destacou, no entanto, que aqueles quadros que ele considerava como superagudos, sempre foram menos frequentes entre as mulheres, gerando um menor envolvimento delas nas grandes confusões, menor incidência de quadros de embriaguez patológica, poucas mortes e também que elas se entregavam muito menos aos licores do que aos vinhos. E com relação a isso, Clérambault acreditava que o consumo de vinho, se é que havia diminuído, tinha caído muito menos do que em relação ao consumo das essências. Clérambault apontou duas razões para essa queda ter sido menor entre as mulheres. A primeira, em sua opinião, era de que as mulheres possuíam um sistema nervoso mais sensível o que as fazia apresentar quadros delirantes antes de uma impregnação mais profunda. Em consequência, os delírios mais graves acometeriam em menor número as mulheres do que os homens. Depois, levou em consideração o fato de que após a Primeira Grande Guerra, as mulheres foram levadas em grande número para o trabalho industrial, o que provocou um aumento da população feminina na cidade de Paris e que este tipo de trabalho era considerado um fator importante de alcoolismo (Clérambault, 1921/1942b).

Ao divulgar esse trabalho, Clérambault atribuiu a mudança desse cenário, exclusivamente, à consequência das medidas tomadas pelo poder público, contrárias ao consumo de bebidas alcoólicas de maior teor alcoólico e, principalmente, à interdição da produção, circulação e consumo das essências. Isso posto, “seria desejável que os Poderes Públicos, encorajados por esse sucesso, reforçassem mais uma vez as restrições e tomassem medidas mais rigorosas contra as fraudes” (Clérambault, 1921/1942b, pp. 131-132).

2.2 Cloral

O hidrato de cloral foi sintetizado por Justin Liebrich em 1832, mas a sua propriedade farmacológica só ficou conhecida a partir de 1948, ocasião em que foi descoberto o seu principal metabólito ativo, o tricloroetanol. Suas propriedades farmacológicas lembram os barbitúricos e os seus principais efeitos tóxicos são a depressão respiratória e a hipotensão. O

uso regular do cloral pode produzir a tolerância e a dependência à substância e a sua utilização crônica se assemelha ao alcoolismo com a sua suspensão abrupta podendo produzir delírios e convulsões (Martinbiancho, 2008).

Classificado como um tranquilizante e hipnótico, foi muito utilizado no início do século XX, no entanto, quase não é mais usado nos dias de hoje. Em determinadas situações, tem sido empregado ainda hoje nas pessoas incapacitadas e contra a vontade delas, como por exemplo, para a facilitação da consumação de um crime (Armstrong, Armstrong, Golan., & Tashjian, 2014).

Em psiquiatria, um dos principais estudos publicado envolvendo as manifestações psicóticas dos pacientes em consequência do consumo e do abuso do cloral foi apresentado por Clérambault, em 1909. Trata-se de um dos pouquíssimos estudos, talvez até mesmo o único, abordando esse assunto. Nele, Clérambault apresentou também algumas notas relacionadas aos aspectos diferenciais desses delírios para aqueles apresentados pelos pacientes consumindo álcool e cocaína.

Nesse artigo, Clérambault descreveu dois casos clínicos de pacientes que teve a oportunidade de acompanhar. O delírio agudo apresentado pelo uso crônico de cloral nesses dois pacientes, possuía, em sua opinião, características que até então não haviam sido observadas pelos demais autores.

Esses dados especiais são, de um lado, perturbações pseudo-cocaínicas da visão e do tato, de outro lado, algumas modalidades de alucinação visual, estado do humor e da linguagem, e diversas nuances que nós observamos pelo caminho. Esses detalhes e essas nuances em conjunto devem permitir, quando eles se revelam com nitidez, suspeitar e talvez afirmar que um delírio é devido ao cloral e não a outros agentes tóxicos, não é também devido a uma causa endógena ou infecciosa (Clérambault, 1909/1942a, p. 145).

Para que esse tema possa ser desenvolvido e melhor compreendido, serão apresentados, a seguir, fragmentos das histórias clínicas de dois pacientes assistidos por Clérambault. Esses estudos foram publicados originalmente nas edições de setembro e novembro de 1909 e nas edições de janeiro e março de 1910 dos *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique* e posteriormente, reproduzidos na edição de suas *Oeuvres* de 1942 com o título *Du diagnostic différentiel des delires de cause chloralique*.

2.2.1 Paciente I

Senhora C..., 38 anos de idade, conduzida à Enfermaria especial em 03 de julho de 1906 e que num curto espaço de tempo recebeu várias hipóteses diagnósticas. Muito pálida, feições finas e com uma alteração em seu equilíbrio que fez com que Clérambault pensasse, inicialmente, num quadro de tabes. A paciente afirmava ainda que antigamente alguém lhe havia picado com morfina. Diante desse quadro, Clérambault estabeleceu a seguinte síntese: “tabes duvidosa, morfinomania com marasmo, *cocainismo substitutivo*, distúrbios sensoriais e dolorosos provocados pela cocaína. Ela nos ensina que para a cura de uma morfinomania, deram-lhe, através de ingestão e de picadas, uma substância nomeada *cocaína ou codeína*” (Clérambault, 1909/1942a, p. 146, grifos do autor).

Apresentava também inúmeras queixas disseminadas pelo corpo, tais como, dores lombares, garganta seca, ressecção parcial de sua vagina, dedos dos pés costurados, sensações bizarras no couro cabeludo. Não apresentava alucinações auditivas no momento desse exame, no entanto apresentava contínuas alucinações visuais que se sucediam numa velocidade uniforme: pó de vidro e vidros quebrados pelo chão, insetos pelo chão, grades douradas, bordados, rendas, uma mãe deitada com duas crianças em seus pés, um boi da América, pequenos bonequinhos de ambos os sexos, talvez nus. As imagens desapareciam rapidamente e imediatamente eram esquecidas. Cada imagem evocava um conjunto de palavras e a paciente não fazia pausa entre as suas frases. “O mesmo processo continua por muito tempo, produzindo uma cascata de palavras³² que tem, por fragmentos, vestígios de sentido e nenhum sentido no seu conjunto” (Clérambault, 1909/1942a, p. 148). Uma certa incoerência verbal também era percebida quando a paciente expunha suas lembranças. A paciente disse também que estava sem morfina há oito dias e que desde então, a sua insônia era total. Em sua casa mostrava-se agitada, violenta, tendo visões dramáticas e brigando com inimigos imaginários. Tinha medos intermitentes, mas não demonstrava uma ansiedade extrema. Apresentou alucinação auditiva apenas um dia ao ouvir dos perseguidores que ela ou a enfermeira deveria morrer. Uma vez quis se suicidar, jogando-se em baixo de um carro.

No momento do exame apresentava uma mistura de sonolência e lucidez, pensamento desacelerado e satisfatoriamente orientada. Mostrava uma certa dúvida sobre o que via e confessava ter escutado coisas imaginárias no primeiro dia de sua doença. Toda sua emoção parecia embotada. Quando dizia ter medo, seu tom de voz era indiferente e logo se ocupava em alisar os seus cabelos. Podia-se facilmente distraí-la e fazê-la rir. Suas respostas mostravam-se

³² Em francês, *Kyrielles de mots*. Sempre que surgir nesse trabalho, essa expressão, será traduzida por cascata de palavras.

adequadas sendo que às vezes, eram entrecortadas por algumas alucinações. Dicção lenta, uniforme e um pouco trêmula.

O relato de duas mulheres que conheciam a paciente fez referência à morfinomania há oito anos. Disseram ainda que ela não saía de casa e que havia sido operada há oito anos para retirada dos seus ovários. Uma delas dizia que seu filho se alimentava em sua casa.

No terceiro dia de internação, em seu quarto, ela descreveu durante duas horas, “quase a visão de uma cinematografia onírica verdadeiramente esplêndida” (Clérambault, 1909/1942a, p. 149). Refere-se ao seu filho como uma pessoa bastante saudável. Em várias oportunidades durante sua internação ela reclamou de sua carne estar podre, de sua morte estar próxima e que o dedo de seu pé estava podre. Por causa disso, pedia insistentemente que lhe dessem uma tesoura para que ela mesma pudesse amputá-lo. Em outras oportunidades, sensações de manipulação de seu corpo se fizeram presentes. Dizia, então, que lhe penetraram um punhal de madeira no ânus e de que alguém havia lhe retirado a metade da vagina.

Uma abordagem foi realizada com a paciente em seu quarto. Ao saírem do quarto, apagaram a luz e recomendaram que ela se deitasse para dormir. Nessas condições, um fato foi considerado por Clérambault como notável: “*na escuridão absoluta, as alucinações não somente não tinham redobrado, como haviam desaparecido*” (Clérambault, 1909/1942a, p. 152, grifo do autor). Durante a noite ela pediu leite e sopa para se alimentar. Aliás, eram os únicos alimentos que ela havia aceitado desde a sua entrada no hospital.

No dia seguinte, continuou a relatar visões de bichinhos e bonequinhos. Foi-lhe perguntado pelo médico se ela não tinha sentido nada nas suas partes sexuais e ela respondeu que não. No entanto, fez um discurso sobre a sua morte: “No último instante de minha morte, foi muito engraçado; eu não estava morta, mas quase morta; eu li a palavra ‘morte’ na frente do meu vagão. Mais tarde, tive dificuldades, aborrecimentos. Eu saí apenas na última gota de sangue” (Clérambault, 1909/1942a, p. 153).

Diante de todo esse cenário, Clérambault percebeu que as semelhanças entre os delírios apresentados pela paciente e aqueles produzidos pelo uso da cocaína eram muito grandes. Ao mesmo tempo fez questão de observar também que era possível enumerar diferenças entre os dois quadros.

O médico assistente da paciente, Dr. D..., se dispôs passar as seguintes informações para Clérambault:

A paciente me conhece há cinco anos (1901), sofreu numerosos males pelos quais consultava indiferentemente grandes mestres, médicos de bairro e

charlatães. Há quatro anos pelo menos (1902) ela se entrega à *morfina*. Seu marido é um sifilítico comprovado, ela uma *sifilítica provável*. Ela foi tratada como tal em Lariboisière³³ com injeções de mercúrio, há três anos (1903). Ela experimentava então dores sob forma de crises hepáticas retornando cotidianamente durante uma série de quinze a vinte dias. Sem morfina, mas vivendo só, ela não demorou a recair na morfina. Há oito meses (fim de 1905) eu lhe apliquei algumas injeções de bi iodeto de mercúrio, depois eu a perdi totalmente de vista. Eu a revi há vinte dias, ela estava então em pleno marasmo morfínico (um farmacêutico sem escrúpulos lhe fornecia morfina discretamente) (Clérambault, 1909/1942a, p. 153, grifos do autor).

O Dr. D. informou também que nos dias em que a paciente não se picava, fazia uso regularmente de três enemas, cuja composição era: láudano de Sydenham (20 gotas) + hidrato de cloral (2 gramas) + brometo de potássio (2 gramas) + água destilada de tília (150 gramas). E acrescentou que após a diminuição dessas doses, as alucinações e os demais sintomas descritos, apresentados pela paciente, tiveram seu início e foram aumentando diariamente.

Essas informações colocaram em dúvida a hipótese desse quadro ter sido causado pela cocaína, apesar da suposição de que a paciente poderia ter feito uso de cocaína sem o conhecimento de seu médico. Mas Clérambault frisava que “não nos pareceu, de início, que o cloral pudesse produzir perturbações tão especiais que se apresentavam a nós” (Clérambault, 1909/1942a, p. 154).

No entanto, Clérambault se lembrou de uma amiga da paciente e que também tinha sido sua enfermeira. Através do Dr. D..., essa enfermeira, fez contato com ele e lhe informou que desde que a paciente foi submetida à ovariectomia³⁴, tinha começado a lhe aplicar morfina. Esse hábito passou a ser utilizado pela paciente com maior frequência e em intervalos cada vez menores, intercalada com injeções de heroína, mas estas últimas lhe davam menos prazer. Após alguns anos, em torno de 1903, ela começou a usar cloral, principalmente na forma de enemas, associando láudano. Esse uso também foi aumentando em intensidade no decorrer do tempo. Essa amiga e enfermeira da paciente acrescentou também:

Ela partiu para a América no final do ano de 1903, com uma provisão de cloral, privaram-na do cloral, enlouqueceu durante dez dias; eu sei que seu delírio de então lembrava aquele que eu mesma vi várias vezes, quando ela tomava de uma só vez fortes doses (Clérambault, 1909/1942a, p. 155, grifo do autor).

³³ Hospital construído em Paris devido a segunda pandemia de cólera. Foi construído entre 1846 e 1853.

³⁴ Esse procedimento foi realizado em consequência das fortes e constantes queixas de dores que a paciente apresentava.

E continuou relatando que nessa época, ela fazia uso diário dos enemas de cloral e por várias vezes ao dia. Tinha pesadelos, sensações corporais de caráter alucinatório e manifestou ideia de suicídio. Nos momentos de embriaguez pelo cloral, a paciente conseguia falar sobre todas essas alterações. Alguns dias antes dessa última internação, esse quadro encontrava-se em atividade, com a paciente não querendo somente retirar as pequenas coisas que via e sentia em sua pele, como também na pele de outras pessoas. Nesse momento também escutava vozes, algumas lhe dizendo coisas obscenas. Suas visões eram inumeráveis e modificava-se com significativa velocidade, quase sempre via pequenas coisas e animais e a crença nessas visões era absoluta.

No curso de sua internação, o seu comportamento provocativo em relação às outras pacientes, a sua irascibilidade e a sua fixação ao leito com objetivo de isolar-se de todos também chamavam a atenção. “Em resumo, à sua intoxicação crônica sucedeu uma perversão talvez definitiva do humor, que se manifesta, com ou sem causa exterior, pelos acessos do gênero maníaco onde o sentimento de hostilidade predomina” (Clérambault, 1909/1942a, p. 158).

Com relação aos seus estados tóxicos, a paciente não guardava, depois de recuperada, quase nenhuma lembrança de suas vivências delirante-alucinatórias. “Coisa curiosa, ela não tinha guardado *nenhuma lembrança de suas perturbações pseudo-cocaínicas* da visão, da sensibilidade geral, e do tato (dores, incrustações minúsculas sob a pele, costuras da pele, etc.)” (Clérambault, 1909/1942a, pp. 158-159, grifo do autor).

Clérambault resumiu assim o quadro da paciente:

Degenerada, talvez histérica, tratada muito tempo para rim flutuante, hipercloridria, cólicas hepáticas; desmorfínizada recentemente, recentemente saturada de brometo e de cloral; em estado de marasmo com sintomas que lembram a tabes, e apresentando um delírio alucinatório muito rico que lembra o cocainismo (Clérambault, 1909/1942a, p. 159).

2.2.1.1 *Comparações entre os quadros de cloralismo e de cocainismo*

Para Clérambault, as semelhanças com os estados provocados pela cocaína residem nas dores do tipo fulgurante, nas micropsias, na independência entre as alucinações e as ideias, o domínio das alucinações visuais e táteis com as devidas características descritas pelas imagens visuais. A ansiedade e a agitação apresentadas. “Enfim, o eretismo verbal” (Clérambault, 1909/1942a, p. 159).

Algumas diferenças entre os quadros de cloralismo e cocainismo foram enumerados por Clérambault. Chamou a atenção, entretanto, para o fato de que essas diferenças iniciais não eram decisivas, porém, na sua totalidade, teriam sim uma importância relevante. Seriam elas:

- a) A agitação, a ansiedade e a inquietação provocadas pelas alucinações se produziram com uma tonalidade nebulosa e faltaria ao cocainômano.
- b) O humor do cocainismo é mais lábil e frequentemente ele se exalta com suas visões e o seu pavor é frequentemente intenso, podendo chegar à panfobia.
- c) Haveria uma subatividade contínua no cocainismo e seu delírio estaria em sintonia com seu estado de espírito.
- d) Entre as crises, o cocainômano estaria mais lúcido.
- e) Sensação de lábios grossos não foi encontrada no cocainismo, ao contrário, este estaria mais frequentemente interessado em sua língua.
- f) As parestesias no cocainismo seriam mais distais enquanto o panarício³⁵ seria muito mais frequente no cloralismo.
- g) As alucinações hígricas³⁶ não foram constatadas no cocainismo. Elas são muito frequentes no alcoolismo e foram assinaladas na desmorfinização simples, na paralisia geral e na epilepsia.
- h) Formigamentos seriam menores no cloralismo.
- i) Considerando um grau semelhante de distúrbios táteis e visuais entre os dois, o consumidor de cocaína apesar de menos confuso, seria mais ativo e até mesmo mais violento.
- j) Considerando os distúrbios visuais, táteis e auditivos, estes últimos estariam apenas em terceiro lugar entre os usuários de cocaína. Entretanto, quando surgem, não são menos insignificantes do que os outros dois primeiros. No início da intoxicação pelo cloralismo, as alucinações auditivas foram abundantes, dificultando um diagnóstico diferencial com um delírio alcoólico, mas no conjunto, não seria muito difícil afastar o quadro de alcoolismo.
- k) No cloralismo, as alucinações visuais se apresentaram bem mais exuberantes do que no cocainismo. Neste, a variedade de dimensões é maior do que no cloralismo. Os pontos percebidos pelo usuário de cocaína ficavam isolados, embora acumulados, por exemplo, milhares de pulgas, pó de vidro, etc. A paciente usuária de cloral, aqui apresentada, via com

³⁵ Inflamação que ocorre na pele situada ao redor da unha, normalmente provocada por fungos, sobretudo do gênero *cândida*.

³⁶ Com relação às alucinações dos sentidos corpóreos, Jaspers (1979) escreveu que, entre elas, podem ser distinguidas as falsas-percepções térmicas – nas quais os pacientes podem queixar-se de que o piso está queimando ou de uma sensação insuportável de calor –, das falsas-percepções táteis. Nestas, os pacientes se queixam de que o vento frio sopra sobre eles, de que vermes e insetos os picam ou sensação de ferroadas por toda parte de seus corpos. “Entre as últimas se separaram as alucinações hígricas (percepções de umidade e fluidez)” (p. 112, grifo do autor).

muito mais frequência uma mistura de traços e de pontos brilhantes (pó de ouro), com uma grande tendência de fazer a ligação dos elementos.

l) As cores visualizadas e predominantes no cocainismo eram o verde, o vermelho e o preto brilhante. Já na usuária de cloral aqui descrita, as cores que sobressaíram foram o preto mate – apesar do preto brilhante também ter sido percebido – e o ouro. A cocaína pareceu produzir mais colorações vivas, mais arestas e mais relevos também.

m) As imagens produzidas pela cocaína perfuram as paredes – como aquelas do alcoolismo. Ao contrário, as produzidas pelo cloral, eram planas, aderiam de tal forma às paredes “que nós poderíamos designá-las pelo nome de *imagens decorativas*” (Clérambault, 1909/1942a, p. 163, grifo do autor).

n) Praticamente não existe nenhuma participação emocional dos usuários de cloral em relação às suas vivências alucinatórias visuais. Ao contrário, nos usuários de cocaína essa participação foi considerada como significativa.

o) Fator de importante diferenciação para Clérambault era o fato de que as imagens alucinatórias no cloralismo tendiam a se multiplicar de forma abundante com o paciente exposto à claridade. No alcoolismo e talvez no cocainismo, ocorria o contrário, ou seja, essas imagens se multiplicavam na penumbra ou na escuridão.

p) Para Clérambault, a sensibilidade genital não estaria de modo algum exaltada no caso da paciente apresentada, apenas a sua sensibilidade geral, estaria afetada, o que absolutamente não implicou em um estado de excitação sexual. Pode-se até mesmo arriscar na vivência de um sentimento oposto, de desprazer. Isso ocorreu, por exemplo, com a paciente se queixando de ter tido a sua vagina cortada. Ao contrário, a cocaína frequentemente provocaria uma excitação genital acompanhada de um sentimento de ciúme todo particular.

Em resumo, nossa dependente de cloral difere de um dependente de cocaína pelo apagamento relativo do tato e da sensibilidade geral por trás da visualização incessante, pela ideação penuriosa, a emotividade restrita, a atonia muscular, o modo diferente da loquacidade, enfim a textura intrínseca das alucinações visuais (Clérambault, 1909/1942a, p. 164).

2.2.1.2 Diferenças com outras substâncias

Em relação às outras substâncias, Clérambault não chegou a relacionar um número muito significativo delas. Talvez até mesmo pelo fato de não existirem tantas outras

substâncias assim, cujo consumo popular excessivo pudesse justificar uma procura pelos serviços médicos oferecidos daquela época. No entanto, não deixou de citar algumas delas: a) As solanáceas virosas, tais como a beladona, batatas e tomates podres ou verdes, provocaram delírios muito parecidos, em alguns aspectos, àqueles produzidos pela cocaína. Também produziram parestesias nos dedos e nos lábios, analgesia, visões de pequenos animais rastejantes ou voadores, imagens disformes e fantasmagóricas, ricas em cores, extravagantes e que envolvem os pacientes. Sentimentos de hilaridade, erotismo, turbulência, furor e um aspecto maníaco também eram comuns. Às vezes, midríase e exoftalmia. “As ameaças de colapso aqui se mostram mais prováveis do que no cloralismo” (Clérambault, 1909/1942a, p. 165).

b) A aconitina³⁷ produziu formigamento nos lábios, nariz e na língua. Contrações na face, sensações de frio, aperto na garganta, aumento de secreções, hiperestenia³⁸ cardíaca com ataxia. Diminuição da capacidade auditiva.

c) A heroína, ao contrário do cloral, parecia produzir um florescimento alucinatório bem menor. Predispunha aos distúrbios respiratórios, às síncope e às convulsões.

2.2.1.3 *Tabes*

Como o diagnóstico de tabes esteve frequentemente citado como uma hipótese diagnóstica, Clérambault estabeleceu algumas diferenças entre os sintomas apresentados pela sua paciente e que pudessem distinguir um quadro do outro. Dessa forma assinalou:

As dores pélvicas surgiram com significativa frequência e atingiram um elevado grau de importância entre as queixas da paciente e, ainda, influenciaram no abuso de morfina por parte da paciente. Para Clérambault, as dores pélvicas viscerais apresentadas por sua paciente, pareciam ser mais de origem intestinal do que vesical. Elas eram relativamente pouco intensas, de alcance restrito e de trajeto mais curto. No cloralismo, essas dores pareciam ter uma origem mais parietal do que visceral. “O tabético sente suas vísceras corroídas, esmagadas, torcidas, queimadas. Em nossa paciente, os membros são os locais de poucas dores” (Clérambault, 1909/1942a, p. 166).

³⁷ A aconitina é um dos alcaloides mais venenosos de que se tem conhecimento. Suas propriedades farmacológicas e medicinais são conhecidas desde 1833. É muito tóxica e sua dose letal no adulto é em torno de 3 a 6mg.

³⁸ Aumento do vigor ou tonicidade do corpo ou parte dele.

As parestesias apresentadas pela paciente eram localizadas, principalmente, na face dorsal do pé e não na planta do pé. Com essa característica, essas parestesias não foram encontradas entre os portadores de *tabes*.

Os distúrbios da fala, pelos seus excessos, dificultam a sustentação do diagnóstico de uma Paralisia Geral. Nessa hipótese, estariam muito adiantadas em relação ao prejuízo mental que, aliás, depois de três anos de evolução não foi apresentado. Além disso, não eram obstáculos imprevistos e sim algumas paradas lentas. Tais oscilações ocorriam, sobretudo, entre as sílabas e não nas sílabas. Os lábios pareciam mais inibidos do que a língua. Aconteceram alguns embarços repentinos e não uma ataxia. As retomadas, independentes de serem lentas ou rápidas, pareciam ser muito mais fáceis do que nos casos da Paralisia. Os tremores também, no caso da paciente, eram muito mais incertos.

2.2.2 Paciente II

Sr. René H..., 30 anos de idade, foi atendido em seu domicílio em 06 de abril de 1907, depois de ter provocado um incêndio em sua própria residência. Ao dar entrada na Enfermaria especial não quis comentar sobre os motivos que poderiam tê-lo levado a praticar esse ato. Apresentava-se caquético, entorpecido, dicção relutante, pronúncia embaraçada. Suspeita de Paralisia Geral, “mas nós o achamos pouco compatível com o estado de alerta que o paciente demonstrou às vezes. Um agente tóxico parece estar em jogo, mas qual deles?” (Clérambault, 1909/1942a, p. 167).

No dia seguinte, o relatório referente à sua primeira noite informou que o paciente não tinha dormido e teria batido o tempo todo na porta porque alguém queria lhe matar. Ele se mostrava obnubilado e expansivo, descrevendo as visões experimentadas durante a noite com uma riqueza de detalhes que chamava a atenção. Frases inacabadas. Manifestou uma confusão intelectual e, apesar do esforço, não conseguia se orientar nas datas, nem no calendário do mês. Entretanto, tinha consciência de seus erros. Confundiu o seu endereço com o de sua irmã.

O paciente ouviu de seu médico a suspeita de que pudesse ser um quadro de neurastenia e isso o fez concordar plenamente com o médico como quem quisesse validar esse diagnóstico. Na sequência dizia ter experimentado **todos** os calmantes e hipnóticos, mas que há três anos não dormia. Negava consumo excessivo de bebidas alcoólicas. “Seu conjunto lembra principalmente alguns casos de delírio auto tóxico, no qual um excesso de trabalho ao mesmo tempo intelectual e emocional favoreceu a confusão” (Clérambault, 1909/1942a, p. 168).

Sua dicção chamava a atenção pelo número de lapsos. Palavras substituíam umas às outras, faltavam sílabas, fundia duas palavras produzindo um vocábulo híbrido e destituído de sentido. Na sua escrita, as letras se mostravam tremidas e o paciente escreveu o seu antigo endereço e não o atual. Todo esse conjunto fez com que a hipótese diagnóstica principal se voltasse agora para um possível quadro tóxico exógeno. Nesse mesmo dia compareceram espontaneamente à Enfermaria uma irmã e uma tia do paciente com informações sobre sua história familiar. Reforçou a versão de que o paciente morava sozinho e que sofria de insônia. Abusava de várias medicações e informaram que o paciente “*toma cloral todos os dias*” (Clérambault, 1909/1942a, p. 169, grifo do autor). Relataram uma crise parecida com a atual, ocorrida há três anos, mais curta e seguida de uma perda de consciência com o paciente tornando-se agitado, reclamando do cloral e dizendo querer estrangular as pessoas e se jogar pela janela.

O paciente admitia, em suas entrevistas, ter feito abuso de brometos, mas não admitia o abuso de cloral. Tendo sido indagado a respeito desse abuso de cloral, o paciente não respondeu e passou a falar sobre suas vivências alucinatórias mais recentes. Queixou-se de ter dormido muito mal essa última noite pela necessidade de defender a sua vida. Não sabia exatamente quantos dias estava internado e continuava não conseguindo fornecer seu endereço corretamente. Foi-lhe solicitado para que copiasse uma frase de um livro. O paciente inicia bem a escrita, mas logo se agarra numa página adjacente do mesmo livro, copiando fragmentos de uma outra frase.

Referindo-se às suas alucinações, o paciente disse que as vezes as imagens que via eram muito pequenas, outras vezes, muito grandes, “grandes, grandes como as paredes, às vezes ainda maiores” (Clérambault 1909/1942a, p. 172). Disse que também tinha visto aranhas e pessoas esmagadas. Especificamente em relação a sua segunda noite de internação, disse que as suas visões eram muito reais. Segundo as descrições de Clérambault, o paciente também teria apresentado ilusões. Quanto às alucinações auditivas, elas teriam sido pouco numerosas. Quando as experimentava, escutava basicamente palavras, muito raramente ouvia uma frase completa.

Numa comparação com a outra paciente anteriormente descrita, “H... nos diz não sentir nem formigamentos nos dedos, nem espessamento de lábios, nem dores musculares agudas” (Clérambault, 1909/1942a, p. 172). Somente nessa última internação, o paciente teria começado a experimentar algumas vertigens. Apresentava ter alguma consciência de uma agitação muscular mórbida, quando expressava a sua necessidade de se deslocar. Já internado, disse sentir que havia alguém junto dele. Queixava-se de apresentar ejaculações involuntárias com

muita frequência e que isso lhe deixava fatigado, atrapalhando as suas relações com as mulheres.

Durante a sua segunda noite de internação, Clérambault foi até ao seu quarto, em torno das 21h. O paciente encontrava-se ocupado em virar e revirar o seu colchão. Mostrou-se feliz com a visita de seu médico, puxou-lhe pelo braço para lhe mostrar que via pequenos rapazes – minúsculos –, atrás da janela. Mostrava que via fios e animais que subiam e a expressão de seus gestos sugeriam estarem eles fazendo um movimento uniforme e lento. Via ratos e insetos também. “Olhe esses insetos *que sobem*; os ins...setos a...artificiais (tremor). *Insetos artificiais*. Tudo o que eles querem é artificial desde... que eles queiram” (Clérambault, 1909/1942a, p. 173, grifos do autor). Disse que quando chegou em seu quarto, na admissão, viu uma cama bem menor do que o normal com quatro homens dentro dela, mas que naquele instante já não estava vendo mais. Num determinado momento, Clérambault apagou a luz do quarto e ali permaneceu na companhia de um auxiliar e do paciente, todos em silêncio. Foi então que o paciente começou a conversar espontaneamente com um sujeito que ele chamava pelo nome de Jean-Baptiste, e falava que o lugar estava repleto de pessoas e de guardas por causa de um concurso. Questionado sobre as pessoas que estava vendo, respondeu que não as escutava, mas que elas o faziam compreender que estavam lhe insultando. Apalpou a manga de Clérambault dizendo que era de veludo (o que não era verdadeiro) e apontou para um boné inexistente, dizendo ser de couro. Movimentava-se dentro do quarto e por mais de uma vez tocou no seu médico. Clérambault fez a seguinte observação sobre o que presenciara: “Notar-se-á que na escuridão o paciente viu personagens e grandes quadros, em vez de pequenas coisas. A velocidade de desaparecimento das imagens e a de sua renovação eram menores do que na claridade” (Clérambault, 1909/1942a, p. 174).

Depois de ter acendido a luz do quarto, eles deram ao paciente uma caderneta e um lápis e o pediram para desenhar os insetos que via. Ele aceitou, no entanto, sua atenção desviava a cada tentativa de colocar no papel aquilo que lhe foi solicitado. O próprio paciente dizia que na escuridão não via tais insetos como na claridade. Mas, considerava isso natural e se justificava dizendo que na escuridão não se distinguia pequenas coisas. Clérambault e o vigilante saíram do quarto, mas ficaram observando o paciente às escondidas. Depois de saírem o paciente se queixou de que pessoas viriam e que ele estaria em perigo com elas. Entretanto, Clérambault observou: “Mas sua inquietação é benigna, comparativamente à ansiedade e à panfobia alcoólicas. Esta inquietação não evoca aliás, durante nosso desaparecimento, nenhuma alucinação visual terrificante, ela nos parece mesmo diminuir espontaneamente para dar lugar a uma apatia misturada com alucinações microscópicas” (Clérambault, 1909/1942a, p. 176).

Ao retornarem ao quarto, o paciente se queixou de um gosto amargo, semelhante àquele que sentia depois de ingerir cloral.

O paciente foi transferido para o hospital *Sainte-Anne* e curou-se rapidamente de seu cloralismo. As alucinações visuais desapareceram num período de quatro ou cinco dias, no entanto, o quadro depressivo com a hipocondria permaneceu por mais algumas semanas. Dois meses depois de sua admissão o paciente foi colocado em liberdade.

Alguns meses mais tarde, o paciente foi chamado por Clérambault para tentar saber o que havia permanecido em suas lembranças acerca de seu quadro. Lembrou-se praticamente de quase tudo o que havia vivido e acrescentou que as pessoas que costumava ver, em geral mediam de quarenta centímetros a um metro. Outros personagens lhe pareciam de tamanho natural, eram mais agitados e queriam se ocupar dele o tempo todo.

O Sr. René H..., foi levado mais duas vezes à Enfermaria especial, tendo sido internado em ambas as vezes. A primeira ocorreu em 8 de janeiro de 1908, quando foi levado por sua irmã em torno das duas horas da madrugada devido a um quadro de agitação em que ele manifestava vontade de ir à delegacia de polícia para pedir ajuda no sentido de deter criminosos imaginários. Nessa ocasião o paciente explicou, depois de internado, que escutava vozes falando de roubos cometidos em sua casa.

Em 18 de fevereiro de 1908, foi levado novamente à Enfermaria especial. Era a sua terceira entrada neste serviço, sendo que desta vez, enfatizou Clérambault, seu encaminhamento não foi em consequência de um quadro delirante e sim devido a um desrespeito moral. Foi denunciado por fazer propostas sexuais bem claras a um menino de doze anos de idade. Após algumas tentativas, consideradas normais de se negar o fato, acabou concordando que possuía uma tendência homossexual, desde a infância, e história de múltiplos fracassos em tentativas de relacionamentos com as mulheres devido ao que considerava ser impotência, medos e poluções noturnas³⁹. Nessa ocasião, René H... suplicou para não ser internado, dizendo que preferia ir para a prisão do que ser novamente internado. Dessa forma, foi colocado em liberdade.

Clérambault fez algumas observações sobre essas três passagens do Sr. René H... pela Enfermaria especial. Os comentários que se seguem começarão pela história de sua primeira internação.

2.2.2.1 Alucinações visuais

³⁹ O paciente usava o termo espermatorreia para fazer referência a essas ejaculações involuntárias.

Baseando-se na descrição das imagens vivenciadas pelo paciente, Clérambault propôs que se fizesse uma divisão das alucinações visuais em dois grupos,

As imagens de conteúdo indiferente e as imagens de conteúdo significativo. As primeiras são geralmente pequenas e surgem em séries, geralmente na claridade. As outras são animadas, com movimentos, de dimensões maiores; são de longe menos numerosas, e contrariamente às precedentes, elas se manifestam com frequência no escuro (Clérambault, 1909/1942a, p. 179).

As pequenas alucinações são as mais características. Correspondiam aos objetos que mediam de três a trinta centímetros. De contornos geralmente angulares, suas áreas são preenchidas com linhas que produziam a sensação de uma certa textura. Normalmente o sentido dos objetos era na vertical e a maior parte deles era plano. Normalmente os pacientes se referiam a eles como se fossem aplicados às paredes, na altura de seus olhares, como por exemplo, uma aranha esmagada. Os insetos alucinados não estavam localizados no seu corpo, diferente do mesmo tipo de alucinação apresentado pelos alcoolistas delirantes.

Os objetos percebidos nem sempre eram pequenos por natureza, muitas vezes eles eram referidos como se estivessem encolhidos. Por exemplo, pequenos rapazes, guardas pequenos, etc. Em outras situações, os objetos não eram vistos em sua forma reduzida, mas não se via o final de seus corpos.

As cores predominantes nas visões eram o azul, o verde, o cinza esverdeado, o verde metálico e, às vezes, o amarelo. Os seus contornos geralmente eram vermelhos ou dourados.

Todas essas imagens surgiam de forma rápida, e se completavam, normalmente, no tempo de um segundo ou até menos. Apagavam-se também na mesma velocidade. Como o paciente estava com a sua atenção também perturbada, era muito difícil que essas imagens ficassem retidas. Tais imagens tinham pouca tendência de se deslocarem, no entanto, apresentavam tendência de se movimentarem no mesmo lugar. “Suas superfícies se franzem ou cintilam, os apêndices vibram ou balançam, os insetos mexem as patas; e esses movimentos secos, incessantes, grotescos, se adicionam às formas inusitadas, dão a impressão de artificial” (Clérambault, 1909/1942a, p. 181).

O paciente René H... destacava a artificialidade dos insetos que observava. Essas imagens se apresentavam em série e havia uma proximidade entre os seus temas, no entanto, umas não geravam outras. Cada uma durava de três a seis segundos. Apesar de não haver uma ideia diretriz, não significava que as imagens de temas já vividos não pudessem retornar, apesar desse retorno ter raramente acontecido. A independência entre elas, as suas instabilidades e essa

rara renovação, na opinião de Clérambault seriam devidas a três razões: “autonomia muito grande do sistema sensorial, provocação ilusória, auto-sugestibilidade muito fraca” (Clérambault, 1909/1942a, p. 181). Quanto ao fato delas terem se apresentado mais na claridade do que na obscuridade, para Clérambault essa característica não se devia às mesmas razões.

Existia um outro grupo de alucinações que se produzia quase que exclusivamente na obscuridade. Seriam alucinações maiores, ocupariam espaços mais largos e profundos, além de serem fantasmagóricas.

Um terceiro grupo seria aquele no qual as imagens se apresentariam mais vagas e ocupariam basicamente o pensamento do paciente. É como se o paciente falasse com convicção de uma cena, sem necessariamente estar contemplando essa cena. Traduziam-se através das expressões de certeza do paciente. Por exemplo, com certeza existia uma pessoa atrás de uma parede. “Elas são, que nos permitam dizer, o resultado de um *onirismo ideativo* enquanto as imagens precedentes pertenciam ao *onirismo visual*” (Clérambault, 1909/1942a, p. 182, grifos do autor).

Clérambault destacou que as ilusões se apresentavam com uma abundância e com uma acuidade nos usuários de cloral e não, pelo menos nesse grau, nos alcoolistas e nos cocainômanos. Outro fator que mereceu destaque foi que os pacientes usuários de cloral reconheciam as suas ilusões como tais. Clérambault fornecia essa garantia pelo uso frequente do verbo parecer, entre os seus pacientes: elas me parecem, me pareceu, etc.

Em resumo, Clérambault distinguiu duas ordens de imagens: as maiores – que proporcionavam ao paciente a convicção de que estariam contra ele – e as menores – que geravam no paciente apenas um interesse visual. Em relação a luminosidade, as visões eram mais rarefeitas na obscuridade do que na luminosidade.

2.2.2.2 *Alucinações auditivas*

Essas alucinações, ao contrário das visuais, quando surgiram, foram muito pouco abundantes. Quando o paciente vivenciou aquela série de alucinações visuais inquietantes, as vozes não lhe pareceram fazer nenhuma espécie de companhia. Todos aqueles personagens observados pelo paciente, além de terem trocado pouquíssimas frases diretamente com ele, em nenhum momento se apresentaram gritando ou lhe fazendo algum tipo de censura. Quando ele fazia alguma referência a esses personagens, dizia que os mesmos lhe pareciam fazer entender uma coisa ou outra, nunca disse que eles falavam diretamente com ele ou lhe davam alguma ordem específica. Se houve alguma manifestação de hostilidade ou de insulto por essa via

alucinatória, ela foi muito vaga e imprecisa. Nas raras situações em que esse tipo de vivência pudesse ser descrito como de característica alucinatória, Clérambault se viu tentado a dizer que se tratava muito mais de coisa pensada do que propriamente escutada. Em sua opinião, fenômenos alucinatórios auditivos “são frequentes nos onirismos diversos e nos estados melancólicos” (Clérambault, 1909/1942a, p. 183).

2.2.2.3 *Ansiedade e perturbações diversas*

O paciente René H..., no curso de suas internações, seja na Enfermaria especial, seja no Hospital *Sainte-Anne*, não apresentou nenhuma crise de ansiedade que não conseguisse ser revertida ou contornada através de uma abordagem verbal, por exemplo. A ansiedade também não foi responsável por nenhum episódio de agitação psicomotora nem contribuiu para multiplicar as alucinações vivenciadas. Clérambault fez menção aos quadros de panfobia, aos raptos alcoólicos e às grandes crises melancólicas ansiosas, nos quais a ansiedade presente tinha se mostrado de difícil controle ou na base desses estados patológicos. E complementou dizendo que todos aqueles que puderam, alguma vez, ter assistido algum paciente em qualquer desses estados, teriam que admitir que, caso alguma ansiedade tenha sido percebida ali, ela teria que ser necessariamente considerada como uma manifestação benigna.

Perturbações gustativas se fizeram presentes, sobretudo quando o paciente se queixou de gosto metálico na boca. Para o próprio paciente, esse gosto foi devido ao cloral e não ao brometo. No campo olfativo, são vários os odores manifestados pelo paciente – são gases asfixiantes, odores explosivos. As perturbações olfativas pareciam, inclusive, superarem as gustativas.

A perturbação do tato era ainda mais evidente. Na ausência de luminosidade, o paciente tocava e sentia objetos que sequer existiam, como por exemplo, o boné na cabeça do médico. Nesse mesmo cenário, o paciente dizia tocar em pessoas que sequer estavam presentes.

Entre as perturbações sensitivas, Clérambault chamou a atenção para a curiosa “*impressão de presença*” (Clérambault, 1909/1942a, p. 184, grifo do autor), na qual o paciente queixou-se da presença de pessoas que poderiam estar atrás dele, ou terem passado próximo a ele, ou ainda ter tido a impressão de que havia alguém num determinado espaço escuro, que ele não via, mas sentia com certeza. Clérambault lembrou que esse tipo de fenômeno, muitas vezes podia ser encontrado nas pessoas místicas. Nos casos como o desse seu paciente – abuso de cloral – ousou dizer que “uma impressão desse gênero parece constituída pela adição de numerosas parestesias infinitesimais, e favorecida pela presença de um sentimento forte (aqui,

o temor)” (Clérambault, 1909/1942a, p, 184). Esses distúrbios foram encontrados com muita frequência também nos pacientes cegos delirantes persecutórios e nos mais diversos quadros de onirismo. Com relação às pessoas cegas, Clérambault lembrou da capacidade que elas já possuíam naturalmente de compensar os seus déficits visuais através de um maior desenvolvimento de suas habilidades táteis.

Quanto a consciência de enfermidade, Clérambault disse que esse seu paciente apresentou uma consciência maior do que aqueles pacientes que ele caracterizou como sendo confusos ordinários. Enquanto o sentimento de mal-estar geral era sentido pelo paciente de forma intermitente, as perturbações ideativas eram sentidas de maneira quase constante. Os falsos reconhecimentos também não foram encontrados nesse paciente, fenômeno muito comum entre os confusos e nos quadros de onirismo.

Uma expansividade verbal também foi percebida de maneira muito clara. Em parte ela era devida a uma necessidade de obter a simpatia dos outros, no entanto, Clérambault acreditou que em sua maior parte essa expansividade foi resultante de uma excitação psicomotora. O paciente demonstrou necessidade de numerar tudo aquilo que percebia, de descrever o que via e até mesmo de confiar ao outro os seus temores. “O mecanismo não é puramente verbo-motor; *ele é particularmente afetado pela descrição das alucinações*, sua elocução é monótona, frequentemente apática; ele interrompe na obscuridade e também na solidão. Então ele difere muito da verborreia maníaca” (Clérambault, 1909/1942a, p. 185, grifo do autor).

2.2.3 Perturbações psíquicas encontradas como consequência do abuso de cloral

As duas últimas passagens do Sr. René H... serviram de estímulo para que Clérambault apresentasse quatro formas de perturbações psíquicas que poderiam ser encontradas nos pacientes em uso abusivo de cloral, além de ter-se mostrado preocupado em encontrar fenômenos que pudessem não apenas caracterizá-los mas, sobretudo, diferenciá-los de outras intoxicações. Como consequência dessas observações podemos encontrar as seguintes descrições:

2.2.3.1 Embriaguez clorálica⁴⁰

⁴⁰ *Chloralique* foi o termo utilizado por Clérambault, na língua francesa, para fazer referência aos indivíduos dependentes do cloral ou que apresentassem quadros psiquiátricos decorrentes de seu uso ou abuso. Houve muita dificuldade de se encontrar na língua portuguesa uma palavra que pudesse ser utilizada para a sua tradução. Pensou-se, inclusive, em relacioná-la conforme escrita na sua língua original. Entretanto, foi possível encontrar em algumas publicações antigas e recentes da língua portuguesa a utilização das palavras chloralico

Clérambault observou que os sintomas relacionados a esse tipo de embriaguez eram muito parecidos aos existentes em outros quadros nos quais também havia a presença de agitação psicomotora e/ou alterações de consciência. Dessa forma, alertou sobre a importância de se fazer um diagnóstico diferencial com outras apresentações clínicas, tais como o estado maníaco, a mania paralítica, a mania epiléptica, as embriaguezes alcoólicas patológicas ou não e as embriaguezes decorrentes do uso de outros tóxicos raros. Em decorrência da minuciosidade necessária para estabelecer todas essas diferenças, ele optou por abdicar de fazer isso aqui. No entanto, salientou: “A importância das perturbações vasomotoras, as características especialmente artificiais da excitação, um certo grau de obtusão, perturbações do equilíbrio seriam os mais evidentes desses sintomas” (Clérambault, 1909/1942a, p. 193).

2.2.3.2 *Coma clorálico*

Clérambault disse que a primeira paciente aqui descrita – Paciente I –, apresentou várias vezes um estado comatoso com a duração de vários dias e de que ela teria saído desse quadro para entrar num estado mais delirante do que confusional. Para ele os comas provocados pelo cloral podem surgir em duas situações diferentes: “1º como consequência de ingestão maciça; 2º no período final de um delírio agudo” (Clérambault, 1909/1942a, p. 193). Enfatizou que os comas provocados pelo cloral são diferentes daqueles provocados pelo álcool e com relação a este, fez questão de destacar algumas diferenças.

No caso do coma alcoólico, as doses de álcool ingeridas eram geralmente muito grandes (meio litro ou mais). Após o coma alcoólico, observou-se a persistência de parestesias banais e câimbras generalizadas. Não foram observados delírios etílicos consecutivos. Comprometimentos orgânicos mais significativos podem ter subsistido, tais como uma hepatite, uma neurite, etc.

Ao contrário, a dose ingerida de cloral pode ter sido mínima para produzir um estado comatoso que se instalou de forma mais gradual e se pareceu mais com o sono do que com o colapso.

As células nervosas superiores, conduzidas somente em estado de sono, permanecem impregnadas mais do que todo o resto do organismo; o delírio das dores e das parestesias resultarão disso; ainda é preciso observar que essas

e cloralico, tais como: “Se empregarmos doses fortes (6 a 12 grammas), o sono cloralico ...” (Miranda, 1882, p. 67); “As crises cessam, as urinas tornam-se mais abundantes, a respiração mais calma e o coma chloralico ...” (Miranda, 1917, p. 70) e “Os hipnóticos eram divididos em mórficos, lactucicos, brómicos, cloralicos, hidrogénio (Pereira, 2016, p. 329). Assim sendo, optou-se nessa tese, traduzir o termo *chloralique(s)* – em francês – por clorálico(s) ou clorálica(s) – em português.

parestesias e dores são nitidamente específicas, em outras palavras que a inibição é eletiva. O aspecto, a evolução e a patogenia são diferentes (Clérambault, 1909/1942a, p. 194).

Com relação à segunda situação apontada por Clérambault, ou seja, quando o coma alcoólico surgiu depois de um quadro de delírio agudo, esse quadro comatoso se manifestava após oito ou dez dias das últimas consumações de bebida. Daí, a hipótese sustentada por Clérambault de que a instalação do quadro teria sido consequência de um desgaste orgânico influenciado pela insônia e pelo delírio. Seria, para ele, um estado auto tóxico consequente do mau funcionamento dos emunctórios⁴¹. Os dados clínicos frequentemente encontrados foram: abolição de todos os reflexos, miose, negativismo, resistência automática contrastada com a abolição dos reflexos tendinosos, lábios fuliginosos, anestesia, despertar parcial acompanhado de subdelírios na imobilidade. O quadro evoluiria para a morte do paciente ou para uma recuperação muito lenta. “Aqui o ataque afeta uniformemente todo o organismo, incluindo as células intelectuais, mas estas não estão nem adormecidas como no cloral, nem entorpecidas como no alcoolismo crônico; elas são ao mesmo tempo excitadas e anestesiadas” (Clérambault, 1909/1942a, p. 194).

2.2.3.3 *Delírio clorálico agudo confusional*

Clérambault fazia uma distinção desse quadro delirante poder ser agudo simples ou agudo confusional. O primeiro reverteria rapidamente enquanto o segundo ocorreria num estado de cloralismo crônico e seu curso seria, então, mais prolongado. Esse último seria resultado dos excessos da substância, de sua privação brusca ou da soma dos dois. Ambos evoluiriam com o paciente se apresentando bastante tranquilo, de maneira geral, entretanto poderiam acontecer algumas fases de excitação.

Inicialmente, serão apresentadas algumas características do delírio clorálico agudo simples e que foram descritos por Clérambault em seus vários aspectos:

a) Humor: O sujeito se mostrava sonolento e cansado, mas sem indisposições. Sua negligência favorecia o aparecimento de imagens e de vozes pouco ou nada inquietantes. Mesmo que a temática das alucinações pudesse ser considerada dramática, elas eram vivenciadas sem emoção. Paciente se mostrava bastante comunicativo e logorreico, demonstrando uma

⁴¹ Emunctórios, do latim, *emunctoriu*, é um “órgão ou canal destinado a eliminar certos humores” (Fernandes, Guimarães, & Luft, 1992).

necessidade de ser simpático. Este quadro terminava quando o paciente estivesse só, no entanto, podia ser provocado e facilmente retornar a ele. “O aspecto físico concorda com o estado moral: emagrecimento, palidez, lentidão. Nada de sudorese, tremor irregular” (Clérambault, 1909/1942a, p. 195).

b) Alucinações: As alucinações auditivas eram raras e não produziam maiores efeitos no paciente. As alucinações visuais despertavam mais a atenção desses pacientes. Elas podiam ser observadas nas suas mais variadas dimensões. As microscópicas, formavam-se em pontilhados e deslocavam-se sobre a pele, paredes e solo. Clérambault denominou-as pela expressão pseudo-cocaínicas. Algumas eram pequenas, na forma de insetos, lantejoulas e podiam ser encontradas em quaisquer intoxicações. Outras eram mais específicas e mediam de 20 a 30 cm, excepcionalmente um pouco maiores do que isso. Apareciam de forma espontânea e eram muito curtas. Não se relacionavam a nenhuma ideia. Esporadicamente elas representavam objetos na suas formas reduzidas. Essas imagens não tinham relevo nem profundidade. Nas descrições dos pacientes, elas aderiam à parede e Clérambault propôs reconhecê-las como imagens decorativas. Suas cores eram pálidas e o tom de azul predominava. No entanto, podiam surgir pontos brilhantes e dourados. Eram vistas no nível dos olhos dos pacientes. “Cada imagem possui uma curta duração; elas prosseguem frequentemente em séries diferentes, mas nunca em séries similares; essa renovação sem direção torna possível acrescentar ao epíteto *decorativas* o de *caleidoscópicas*” (Clérambault, 1909/1942a, p. 197, grifos do autor). As alucinações visuais tendiam a desaparecer na ausência de luminosidade.

c) Intelecto e Elocução: Segundo Clérambault, em decorrência da impregnação do seu paciente, ele se encontrava desorientado. Suas tentativas de explicação eram muito confusas, suas frases raramente se completavam de maneira compreensível e eram preenchidas com o que Clérambault preferiu chamar de lapsos. No caso do paciente René H..., em sua segunda internação, Clérambault disse que esses lapsos eram numerosos. Entre eles, citou como exemplo: “‘Essas pessoas agiram imediatamente do que se tratava’ para: ‘Essas pessoas perceberam imediatamente do que se tratava’” (Clérambault, 1909/1942a, p. 190). Um grande número de alucinações também estava presente. Clérambault dizia que se tratavam de alucinações apenas pensadas, pois as reconhecia como sendo uma representação com convicção, mas sem objetividade. Admitiu que esse tipo de alucinação era muito frequente nos pacientes em seus estados confusionais. As alucinações visuais não eram sugestionáveis, nem pelas palavras que outros poderiam emitir, nem pelos seus próprios sentimentos. Esta característica fez com que Clérambault a explicasse da seguinte forma: “os centros sensoriais são, por assim dizer, muito isolados da ideação (como testemunha o fluxo de imagens

indiferentes)” (Clérambault, 1909/1942a, p. 198). No entanto, para ele, os centros visuais permaneciam em constante contato com a linguagem fazendo com que essas suas produções fossem descritas com delicadeza. A logorreia percebida não resultava de uma excitação geral e nem de uma expansão espontânea. Ela era sustentada por uma necessidade do paciente se sentir simpático.

d) Atividade: Ao contrário daquilo que era percebido nos alcoolistas, Clérambault observou que esse seu paciente tentava pegar suas visões, mas não as agarrava. Também se mostrava pouco apressado nesse sentido. Apesar de um certo grau de confusão, ele conseguiu escrever uma carta e traçar um plano. E quando ainda estava em sua casa, conseguiu prosseguir com diversos de seus trabalhos, mesmo apresentando alucinações. Demonstrava calma ao falar delas.

Clérambault disse que os curtos períodos de agitação e ansiedade, faziam com que esses pacientes se aproximassem mais dos alcoolistas agudos simples do que dos alcoolistas confusionais.

Características do delírio clorálico confusional:

- a) Humor: Um de seus pacientes, durante uma crise de ansiedade, pedia para ser trocado de quarto, antes mesmo de ter visto os criminosos que lhe ameaçavam. No entanto, jamais a ansiedade dele atingiu graus extremos de violência.
- b) Alucinações: As alucinações vividas com indiferença são aqui substituídas pelas grandes alucinações e pelas alucinações comoventes. Clérambault disse que esse tipo de alucinação poderia fazer lembrar aquelas do alcoolista, no entanto fez questão de apontar algumas diferenças entre elas:

O sujeito não se vê rodeado de todos os lados, ele nem sempre está diretamente ameaçado, os personagens que caem ao longo das paredes e correm para as janelas são mais misteriosos do que ameaçadores; essas cenas acabarão mal para ele, ele está certo disso, mas aguardando, ele as contempla e se interessa pelo auge do gozo que está sendo representado sob a forma de mímica diante dele (Clérambault, 1909/1942a, p. 199).

Esses personagens se apresentavam para ele, às vezes reduzidos, às vezes bem maiores.

- c) Intelecto e Elocução: Diante dos seus personagens imaginários, esses pacientes lhes dirigiam súplicas racionais, ao contrário dos alcoolistas que simplesmente os chamariam ou pediriam socorro. Eles também não se apresentaram em maiores estados de panfobias.

d) Atividade: Em relação aos seus deslocamentos, os clorálicos movimentaram-se muito menos do que os alcoolistas. Eles demonstraram cansaço e lentidão até quando estavam agitados. Clérambault deu exemplo de um de seus pacientes que procurava tais personagens imaginários assentado. “Nós não observamos nem a procura angustiante como nos alcoolistas agudos simples, nem a procura automática, que se vê nos alcoolistas confusos” (Clérambault, 1909/1942a, p. 200).

2.2.3.4 *Delírio clorálico agudo simples*

Clérambault observou que o fato desse tipo de manifestação apresentar uma duração média, era a forma de delírio clorálico que mais se aproximava do delírio alcoólico agudo simples. Descreveu que esse tipo era “aquele que, distinto da embriaguez pela ausência de sintomas maníacos, com aspecto mais ideativo, pela riqueza do onirismo, pela duração, nasce num fundo de cronicidade sem impregnação muito profunda” (Clérambault, 1909/1942a, p. 205). Esses pacientes se apresentavam mais torporosos, deprimidos e hesitantes, praticamente sem perturbações cutâneas. Não foram observados fenômenos visuais com características especiais e os seus onirismos eram mais organizados e dramáticos. A ansiedade observada foi mais intensa e não foram evidenciadas perseguições. As ilusões eram muito abundantes, sobretudo as visuais, através das quais os pacientes mostravam objetos em movimento. As sensações de que existiam pessoas presentes no ambiente em que estavam eram muito frequentes. As visões possuíam uma coloração nebulosa na qual predominava a tonalidade azulada e os pacientes as contemplavam. Mesmo que esses pacientes se apresentassem agitados, eles eram mais dóceis e demonstravam mais teimosia do que propriamente raiva. “Ele experimenta também o que podemos nomear *alucinações pensadas*, isto é representações ou impressões auditivas tão fragilmente objetivadas, que não se pode saber se se trata de suposições simples ou de percepções errôneas” (Clérambault, 1909/1942a, p. 206, grifo do autor). Esses fenômenos puderam ser encontrados também entre os melancólicos e eram muito menos frequentes entre os alcoolistas.

O clorálico se apresentou bem mais desorientado no tempo e desconhecia mais facilmente as pessoas do que o etilista. A apresentação de lapsos foi muito mais frequente em sua elocução. Ele falava com prazer sobre qualquer tema, mas sem sucesso naquilo que narrava.

Ao experimentar as suas visões, os usuários do cloral tenderam a permanecer mais em seus leitos. Multiplicavam-se mais facilmente na claridade. Quanto aos tremores apresentados, para um mesmo grau de agitação, eram mais acentuados neles do que nos alcoolistas.

Caso surgisse algum tipo de confusão, ela podia se dissipar mais rapidamente do que nos alcoolistas, desaparecendo em algumas poucas horas.

Clérambault resumiu as diferenças apresentadas entre os dois tipos de paciente abaixo citados da seguinte forma:

Durante os onirismos dramáticos, o clorálico se mostra desde já obnubilado, enquanto que o etilista não; quando o etilista se torna confuso, ele está eufórico, uniforme e absorto, como não é o clorálico. Enfim, as imagens clorálicas possuem características intrínsecas, que é preciso pesquisar (Clérambault, 1909/1942a, p. 207).

Os quadros depressivos dos clorálicos se mostraram menos perigosos do que os dos etilistas. Seus terrores são menos intensos, tornando-os mais fáceis de serem desarmados. Suicídios podem ter acontecido, no entanto eles ocorreram na sequência de algum quadro onírico.

Alguns sinais ou sintomas físicos foram encontrados nesses pacientes, obrigando os médicos a fazerem os diagnósticos diferenciais. As queixas de dores, muitas vezes, simulavam quadros meníngeos, dores ciáticas e dores provocadas pela própria tabes. Entre os distúrbios vasomotores foram observados petéquias, raches cutâneos, edemas e erupções diversas. Apresentaram alterações sanguíneas e taquicardia. Os distúrbios da fala fizeram lembrar os quadros de paralisia geral em várias situações. Clérambault se aproveitou dessas observações e de algumas experiências feitas por antecessores que estudaram a ação cloral sobre os órgãos vitais para tentar especificar sua ação sobre o sistema nervoso e, dessa forma, estabelecer as relações das possíveis causalidades orgânicas para os fenômenos psiquiátricos, conforme sempre acreditou.

Nós citamos estes últimos exemplos de localizações orgânicas do cloral, para atrair de novo a atenção sobre suas fixações eletivas. No sistema nervoso, o núcleo clorálico se fixa em algumas células, ou alguns elementos de células, ou alguns pontos de seus prolongamentos, com preferências marcadas que, histologicamente conhecidas, nos explicariam o lugar e a forma das parestesias e das alucinações; elas explicariam igualmente os detalhes das alucinações visuais, tais como a tendência aos plexos, próximo mas distinto da tendência aos pontilhados e aos pululamentos provocada por muitos outros tóxicos (Clérambault, 1909/1942a, pp. 208-209).

Clérambault não percebeu diferenças nos delírios apresentados pelos pacientes atendidos relacionados ao excesso do consumo ou à privação do cloral. Também não observou sintomas angustiantes e conscientes nos pacientes assistidos em quadros de abstinência de cloral. Essas queixas eram muito comuns nos pacientes em abstinência da morfina, cocaína e éter.

Os delírios descritos aqui como decorrentes do uso de cloral, segundo Clérambault poderiam também ser encontrados em outros quadros confusionais tais como aqueles provocados pela polineuropatia, pela fadiga, pela epilepsia, por estados febris, pela paralisia geral e até mesmo nos casos de hipocondria, confusão pós-emocional e pelos neurastênicos. Considerava que a investigação precisa dos sinais diferenciais tinha, para ele, um interesse prático de primeira ordem.

A busca da perfeição em relação aos seus exames clínicos e o conseqüente rigor para o estabelecimento de seus diagnósticos podem ser ilustrados através das palavras utilizadas por Clérambault ao finalizar o seu artigo,

No caso de silêncio ou de negação por parte de um paciente, o cloralismo somente será revelado pela fase aguda do delírio: é importante observá-lo de perto, e não se contentar apenas com as narrações do paciente e da equipe que cuida dele, mas passar horas perto dele, e fazê-lo precisar as características de suas visões no momento em que elas surgem (Clérambault, 1909/1942a, p. 210).

2.3 Éter

O éter é um produto químico orgânico que pode ser consumido através de inalação, ingerido por via oral ou até mesmo ser aplicado através de injeções. O seu descobrimento é motivo de muitas controvérsias. Há uma hipótese de que ele teria sido descoberto por um filósofo árabe chamado Jabir ibn Hayyan no século VIII e uma outra de que sua descoberta teria acontecido no século XIII através de um químico europeu chamado Raymundus Lully. Paracelso preparou e testou esse composto em galinhas no século XVI ressaltando seus efeitos sobre a consciência.

Nos dois séculos seguintes essa substância passou a ser comercializada para alívio da dor. Devido aos seus efeitos sobre a consciência, o éter também se tornou uma droga recreativa importante na Inglaterra e na Irlanda, bem como na América, onde eventos festivos em grupos usando éter eram chamados de “bailes de éter” (Hansen & Ortega, 2017, p. 4).

Segundo Postel (2011), na França a utilização do éter, sobretudo pela via inalatória, tornou-se restrito ao meio literário e entre os seus adeptos podem ser citados Guy de Maupassant e Jean Lorrain. Após o seu consumo, a embriaguez etérea acontecia muito rapidamente e entre os seus principais efeitos podiam ser encontrados a sensação de vibração, a euforia e os fenômenos alucinatórios confuso-oníricos. A sua tolerância era rápida e em doses mais elevadas podia produzir convulsões e coma. Seu uso contínuo podia provocar dependência psíquica e física. Entre os sintomas de abstinência provocados pela sua dependência física encontravam-se as dores abdominais e as câimbras.

O número significativo de consumidores de éter que comparecia à Enfermaria especial e o pequeno número de trabalhos publicados até então sobre os transtornos mentais nos indivíduos intoxicados pelo éter fizeram com que em 1910 Clérambault publicasse um artigo original com a apresentação de quatorze pacientes usuários abusivos da substância. Entre eles, encontravam-se aqueles que apresentaram ataques epileptiformes, delírios, *delirium*, quadros de embriaguez com ansiedade e agitação, histéricas e vários pacientes considerados por ele como sendo degenerados. Entre os casos apresentados, destacou-se o de um paciente de 25 anos de idade chamado Charles W..., descrito por Clérambault como tendo sido um caso de Eteromania presente num paciente perseguido com agitação violenta e agressividade. Sobre ele, escreveu:

Artista pintor, de origem inglesa, é um degenerado com múltiplos estigmas físicos, era neurastênico, ideias de perseguição sistematizadas, em quem as inalações do éter provocaram repetidamente, senão o reaparecimento, pelo menos a exacerbação de fenômenos de automatismo mental, e crises de agitação. Quando ele está sob a influência do éter, pensamentos numerosos e *estrangeiros* lhe acontecem, fazem nele *transferências de pensamentos* e seus pensamentos também são escutados e repetidos. Em razão das reticências do paciente, nós não pudemos precisar esses dois últimos pontos: o caráter alucinatório das frases pensadas (ressonância, diálogo, etc.), nos parece então apenas provável. Nós não podemos afirmar também que esses fenômenos do automatismo não se produzem no estado calmo, nós ignoramos enfim nesse caso em qual medida a eteromania tinha colaborado em sua gênese, assim como em todo o delírio (Clérambault, 1910/1942, p. 226, grifos do autor).

Esse recorte faz referência ao automatismo mental de uma maneira bem mais aproximada àquela que somente alguns anos mais tarde Clérambault viria efetivamente estruturar. As referências ao automatismo em seus trabalhos sobre o alcoolismo e o cloralismo, quando surgem, podem ainda ser consideradas bastante incipientes.

Clérambault publicou nesse artigo, as descrições relacionadas ao acompanhamento de quatro homens e dez mulheres, sendo que desses pacientes, quatro mulheres pertenciam a uma classe social que ele considerava como sendo da classe burguesa. Os demais eram oriundos de uma classe mais popular. Clérambault enfatizou que em todos esses casos a degenerescência esteve presente, podendo ter sido constatada através do gosto pelo éter, pela apresentação de um delírio polimorfo ou maníaco, por um delírio de perseguição, pela amoralidade associada ao desequilíbrio das ideias, pela histeria em algumas mulheres, pela predisposição hereditária à dipsomania ou ainda pela presença de uma debilidade mental. Todos esses aspectos estiveram presentes para ele em cada um de seus quatorze pacientes estudados. Observou também que o interesse pelo éter tenha se revelado, nesses pacientes, em um de seus momentos depressivos de ordem física, moral ou ainda pelo somatório dos dois fatores⁴². Em relação às observações desses quatorze pacientes que acompanhou, levantou a hipótese de que o éter teria provocado, em vários deles, a irrupção de fenômenos de ordem degenerativa⁴³. Em outros deles, ele teria provocado a explosão de um delírio de degenerescência⁴⁴ e “crises agudas de *automatisme mental*”⁴⁵ (Clérambault, 1910/1942, p. 228, grifo nosso). No entanto, em quatro desses casos apresentados no artigo, ele responsabilizou apenas o éter pelo aparecimento das perturbações delirantes.

Quanto à sua utilização, percebeu que o hábito inalatório caracterizava o início do consumo pelos pacientes, entretanto, a inalação era sempre acompanhada por sua ingestão, e nesse caso, a preparação preferida pelos pacientes era a do xarope de éter e do éter puro. Quando os pacientes o diluíam, a água teria sido o meio escolhido na maioria das vezes. O consumo era feito, principalmente, em lugares nos quais o paciente pudesse disfarçar, coisa considerada não muito fácil de ser conseguida devido ao seu odor. Para tentar dissimular, os pacientes costumavam ingerir vinho branco, abusavam das substâncias doces, do tabaco, entre outros disfarces que tentavam encontrar. Essa necessidade pareceu estar relacionada ao fato desses pacientes preferirem passar por alcoolistas do que se mostrarem dependentes de uma substância

⁴² Clérambault considerou depressão física no caso de uma mulher que apresentou sintomas depressivos por ocasião de sua menopausa; uma depressão moral no caso de uma mulher inteligente, instruída, mas desequilibrada e que se entrega ao éter por ocasião de uma sequência de desgostos; e, por fim, física e moral no caso de uma paciente sífilítica e tuberculosa, quadro este agravado por uma solidão moral e frequentemente absoluta.

⁴³ Os fenômenos exemplificados por Clérambault como sendo degenerativos foram a obsessão, a cleptomania e os tiques histéricos.

⁴⁴ Caso descrito por Clérambault de uma paciente que ele considerava portadora de *folie intermittente avec double forme* – poderíamos considerar hoje como um transtorno bipolar do humor – e na qual o éter teria desempenhado um importante papel na formação dos delírios (delírio polimorfo com predominância de excitação e angústia).

⁴⁵ Sintomas descritos na citação anterior.

considerada incomum no seu entorno. Clérambault dizia que alguns de seus pacientes conseguiram esconder esse hábito por muito tempo.

2.3.1 Embriaguez etérica

Ao contrário dos alcoolistas, os pacientes nesse estado apresentavam um aumento do apetite. A excitação sexual foi observada naqueles casos que Clérambault considerou como sendo possuidores de uma impregnação mais profunda. Para ele, a forma mais comum de embriaguez encontrada foi aquela na qual uma impregnação superficial atingia um estado de êxtase.

O êxtase compreende dois elementos: sensitivo e intelectual, dos quais o segundo toma, conforme os terrenos, uma importância mais ou menos grande. Assim, evidentemente, em numerosos diletantes, mundanos; literatos e outros. O elemento intelectual do êxtase nunca, aliás, sobressai ao elemento sensitivo que o precede e que o mantém. É por isso que a forma extática é possível e sem dúvida frequente nos eterômanos nada requintados (Clérambault 1910/1942, p. 230).

Num estado de êxtase verdadeiro, o paciente era percebido como um indivíduo de fâcies congesta e um olhar neutro num corpo flácido. Facilmente essa embriaguez superficial poderia mudar de forma e tornar-se excito-motora. Nesse caso, o paciente apresentou agitação, hilaridade, agressividade e desorganização motora, podendo apresentar todos esses sintomas em conjunto ou apenas alguns deles.

2.3.2 Eterismo crônico

Segundo Clérambault, o usuário crônico de éter pode apresentar algumas alterações em sua clínica que, uma vez percebidas, poderão facilitar o médico a fazer um diagnóstico mais preciso. Para isso, ele descreveu algumas perturbações gerais e outras sobrepostas. Com relação às perturbações gerais intrínsecas, destacou: a insônia, a dispepsia, as sensações vertiginosas, os distúrbios do caráter e do humor. A insônia possuía algumas características especiais e diferentes daquelas encontradas no alcoolismo. Os alcoolistas costumavam apresentar muitas interrupções e alterações em seu sono, umas vez já o tendo iniciado, tais como pesadelos e despertares ansiosos. Os eterômanos apresentavam uma impotência radical para adormecer que,

segundo Clérambault era “devida a um estado de *enervamento* fundamental” (Clérambault, 1910/1942, p. 231, grifo do autor).

Clérambault tratava a irritabilidade, a versatilidade, a tristeza e a dissimulação encontradas nesses pacientes como sendo da ordem dos seus distúrbios de caráter. E acrescentou que existiam outros distúrbios ainda a serem observados. Complementou então, que “eles têm por substrato um estado de *excitação*, de impaciência, de enervamento, de aborrecimento, que encontram muito raramente seu análogo no alcoolismo crônico” (Clérambault, 1910/1942, p. 231, grifo do autor). Os eterômanos teriam ainda uma inquietação muscular e psíquica, na qual a primeira seria exteriorizada pelas sensações de calafrios, de vibrações, sobressaltos e pelas contrações espasmódicas – nervosas ou musculares. A inquietação psíquica continha a presença de ideias bastante numerosas, no entanto, inacabadas e descontínuas e a presença de um desconforto intrínseco expresso por uma angústia e uma irritabilidade de fácil incitação. Uma das pacientes apresentadas por Clérambault neste artigo dizia que o éter a tornava excitada e violenta.

Considerava como perturbações sobrepostas, aquelas características próprias de cada indivíduo e que a intoxicação pelo éter poderia despertar. Seriam as obsessões, os impulsos, os espasmos e até mesmo os tiques. Quanto a essas obsessões e impulsos, dizia que o éter poderia dar a eles um aspecto mais violento e agressivo.

Com relação a um dos pacientes apresentados, um artista pintor inglês e que Clérambault o definia como um degenerado, neurastênico e com ideias de perseguição sistematizadas, fez a seguinte observação:

as ingestões de éter, bem longe de conferir ao paciente uma euforia transitória, exacerbavam regularmente nele fenômenos de automatismo mental preexistentes, e com eles o sentimento de possessão psíquica. Neste caso, e em todos os outros casos, o éter, seguindo uma lei comum, favoreceu a emancipação dos automatismos parciais e inferiores, na dependência da personalidade (Clérambault, 1910/1942, p. 232).

2.3.3 Perturbações agudas no eterismo crônico

O usuário crônico de éter podia apresentar no decorrer de sua dependência alguns quadros agudos e com sintomas muito específicos. Entre eles, Clérambault destacou os seguintes quadros:

- a) Embriaguez: esse quadro podia ser acompanhado por uma sensação de secura e constrição na garganta e ser apresentado de forma isolada a qualquer outra sensação de

mal-estar. A excitação sexual também foi encontrada em alguns pacientes durante esse estado.

- b) *Delirium tremens* etérico: o éter podia provocar um verdadeiro quadro de *delirium tremens*, com características muito semelhantes às aquelas encontradas entre os alcoolistas. O conteúdo dos delírios era de aspecto tóxico com períodos de acalmia no curso do delírio e seguido de um rápido desaparecimento. As alucinações apresentadas por esses pacientes eram, sobretudo, as visuais com a característica de serem menos abundantes, menos móveis e mais descontínuas, se comparadas ao mesmo quadro apresentado pelos alcoolistas. Os pacientes, muitas vezes, se apresentavam mais excitados do que propriamente assustados ou alucinados. Essa última característica fez com que Clérambault levantasse a possibilidade de “*que os centros sensoriais fossem aqui menos férteis e menos sugestionáveis do que sob a influência do álcool*” (Clérambault, 1910/1942, p. 234, grifo do autor). Alucinações auditivas aconteceram em número bastante reduzido em relação às visuais. O delírio alucinatório também surgiu em alguns casos, cujas ideias delirantes estavam na base de suas ansiedades. Essa característica lhe permitiu afirmar que o eterômano se mostrava ansioso, sentia-se forte e se mostrava menos assustado pela sua vivência alucinatória. Também foi constatado neles uma menor sudorese do que nos alcoolistas e uma maior sensação de fome. Sua necessidade de movimentação era frequente. Observou que alguns pacientes apresentaram uma crise motora que foi definida por Clérambault como sendo pura por não ser acompanhada de onirismo. Um de seus pacientes, nesse estado, permaneceu no chão e se pôs a morder e a quebrar. Essa condição foi definida por Clérambault pelo nome de loucura muscular. Esse quadro deveria também ser entendido como parte integrante do delírio alucinatório ou como parte de um ataque convulsivo que muitos desses pacientes também apresentavam, em consequência da ingestão do éter. Em relação à sua duração, o *delirium* etérico tem por característica terminar de forma muito mais rápida do que o seu correspondente entre os alcoolistas. Na maioria das vezes, uma noite de sono foi suficiente para que os pacientes já acordassem em mais tranquilos.
- c) Os ataques no eterismo: Crises convulsivas foram frequentemente observadas entre esses pacientes. A aura, o estado crepuscular e os sintomas confusionais propriamente ditos normalmente estiveram ausentes antes e depois do delírio alucinatório. Tais observações fizeram com que Clérambault concluísse que o éter era uma substância pouco inclinada a produzir um estado de confusão. O éter produziu crises de agitação psicomotora com muita frequência nos pacientes observados e elas caracterizavam-se

pela presença de agressividade e da amnésia. Com relação aos ataques epiléticos observados, Clérambault frisou que a presença deles, até onde ele tinha conhecimento, ainda não havia sido assinalada pelos autores franceses de então, nem os casos de morte causados pelos estados de mal de origem exclusivamente etérea.

2.3.4 Ações provocadas pelo éter no organismo humano

Nas descrições de Clérambault, a embriaguez etérea, em seu início, era apenas eufórica. No entanto, no que ela ia se aprofundando, ela se tornava estênica⁴⁶ e tão logo hostil. O quadro inicial era, portanto, um verdadeiro estado de mania com o paciente apresentando ideorreia, logorreia, hipervigilância e uma mordacidade característica.

Sobre o aparelho respiratório o éter podia exercer uma ação estimulante ou inibidora. Havia um aforismo conhecido em sua época de que no curso da eterização, o grande risco incidia sobre o sistema respiratório e não sobre o coração. Quando ocorria a morte, por exemplo, num ato cirúrgico, ela era consequência de uma parada respiratória.

Quanto a sensibilidade periférica, algumas parestias foram relatadas por observadores, assim como dormências e sensação de calor. Muitas vezes os pacientes queixavam-se de que suas peles davam a sensação de estarem vazias e, como consequência desse fato, seus corpos pareciam-lhes mais ligeiros.

A redução e até mesmo a abolição da dor era uma característica que deixou os primeiros experimentadores impressionados com os pacientes em uso de éter. Essa característica fez com que Clérambault citasse um relato de Moreau de Tours⁴⁷, em 1847, acerca de uma sensação anestésica que ele vivenciou com o éter. Ele disse que se tratou de “uma analgesia especial, diferente da hipoalgesia e consistindo em uma dor *percebida, mas não assimilada*, como na sequência de um estado de distração” (Clérambault, 1910/1942, p. 241, grifo do autor). Acrescentou ter havido o aparecimento de uma sonolência após a sensação de analgesia absoluta. Quanto ao efeito anestésico produzido pelo éter nos procedimentos cirúrgicos, ele era considerado mais curto do que aquele provocado pelo clorofórmio.

A motricidade desses indivíduos também sofria alterações. Uma sensação de trepidação era sentida pelo paciente desde o início de sua embriaguez que, segundo Clérambault seria um

⁴⁶ Estenia em medicina refere-se a um estado de atividade, de força. Trata-se portanto de uma exaltação do vigor orgânico (Fernandes, Guimarães, & Luft, 1992).

⁴⁷ Jacques-Joseph Moreau (1804-1884), mais conhecido como Moreau de Tours, foi um psiquiatra francês e considerado o primeiro médico a fazer um trabalho sistemático sobre o efeito das drogas sobre o sistema nervoso central, além de catalogar, analisar e registrar todas as suas observações (Berrios & Porter, 2012).

sinal de uma irritação muscular desarmoniosa. O paciente também fazia referência, na maioria das vezes, a sensação de uma potência muscular exacerbada, o que podia ser verdadeiro ou não, mas que seria a responsável por grande parte de seu comportamento agressivo. Essa sensação também foi encontrada nos pacientes maníacos. Um sinal de diferenciação apontado por Clérambault em relação a essas alterações excito-motoras apresentadas pelos pacientes em estados de embriaguez etérea e pelos epiléticos era o fato de que as fases motoras e delirantes apresentadas pelos últimos eram bem mais distintas do que aquelas apresentadas pelos primeiros. Dessa forma, o ataque epilético, a embriaguez excito-motora e o *delirium tremens* existiriam aqui numa relação de continuidade. A graforreia⁴⁸ também foi encontrada em uma das pacientes examinadas por Clérambault. Esse fenômeno foi por ele associado, à ideorreia por um lado e, de outro lado, ao que ele chamou de uma “subexcitação motora contínua vibratória, fibrilosa” (Clérambault, 1910/1942, p. 242).

Na esfera sexual foi percebido uma excitação erótica, principalmente nas mulheres, embora houvesse relato de uma excitação sexual presente também nos homens. Sonhos eróticos também foram descritos por alguns pacientes como consequência dos quadros de embriaguez.

No que tange à comparação com outros tóxicos, Clérambault considerou que o clorofórmio era a principal substância a ser verificada. Nesse sentido, para ele a embriaguez clorofórmica tornava o paciente menos logorreico, menos agressivo e com uma maior abundância de elementos sensoriais, principalmente sobre o paladar, o odor e a audição. Ao contrário do éter que influenciava mais acentuadamente o campo respiratório, o clorofórmio agia mais sobre o coração.

Por fim, todas as características que foram aqui apresentadas como decorrentes da ação do éter sobre o psiquismo, em graus diversos poderiam ser também observadas em outros estados tóxicos. No entanto, para Clérambault as diferenças de ação dos variados tóxicos era uma consequência direta das suas preferências de ação sobre sistema nervoso. Escreveu,

Elas são manifestamente o resultado da predileção de certas fórmulas tóxicas para alguns domínios nervosos, em uma palavra, *eletividades*, e a comparação do éter com outros tóxicos dos quais os efeitos são análogos nos mostram que algumas dessas eletividades encontram-se materialmente *solidários entre elas*, sem que nenhuma consideração psicológica possa nos explicar sua ligação (Clérambault, 1910/1942, p. 249, grifos do autores).

⁴⁸ Henri Ey (1981) registrou que a linguagem falada e escrita pode apresentar em alguns estados psiquiátricos – na mania, por exemplo –, um fluxo contínuo de palavras e frases mal encadeadas e rápidas fazendo surgir os fenômenos conhecidos por logorreia e graforreia.

3 As Psicoses Passionais e a Erotomania

Segundo Pereira (1999), Clérambault defendia que o grupo das psicoses paranoicas deveria ser dividido em dois subgrupos: o subgrupo das Psicoses Passionais, cujos representantes seriam os pacientes com delírios erotomaníacos, de ciúme e de reivindicação; a outra categoria seria representada pelos pacientes com os delírios de interpretação. Esses últimos seriam caracterizados por um sentimento de desconfiança difuso e generalizado e que caracterizaria, enfim, o caráter paranoico.

A Erotomania, em particular, recebeu por parte de Clérambault uma atenção toda especial, sobretudo no sentido de afirmar sua autonomia em relação à paranoia. Essa tomada de posição o levou a envolver-se em discussões acaloradas e fez com que Henri Ey, posteriormente, o distinguisse por seu “nosografismo” de estrita observação (Ey, 2006b). O tema da Erotomania, depois de sua morte, foi acolhido pela psiquiatria francesa, assim como pela psiquiatria anglo-saxônica, fazendo com que psiquiatras de várias nações se dedicassem a ele.

Berrios & Kennedy (2002) descreveram quatro convergências históricas no que diz respeito às descrições médicas da Erotomania. A primeira, que imperou desde os tempos clássicos até o início do século XVIII, descrevia a Erotomania no contexto de um adoecimento generalizado causado por um amor não correspondido. Aqui, o termo doença deveria ser compreendido no sentido mais amplo possível, incluindo todos os tipos de queixas, inclusive físicas. Após esse período e até meados do século XIX, a Erotomania passou a ser compreendida como sinônimo daquilo que atualmente se designa como ninfomania, referindo-se a um desejo e a uma prática sexual compulsiva e excessiva. Seguiu-se a esse período, uma terceira convergência que durou mais ou menos um século e que compreendeu a Erotomania como um distúrbio especificamente mental resultante de um amor não correspondido. Por fim, uma quarta convergência, que dura até os dias de hoje, define a Erotomania como a crença delirante de ser amado por outra pessoa.

3.1 Primeiras abordagens de Clérambault sobre o tema

Na obra de Clérambault, a referência mais antiga relacionada ao tema da Erotomania pode ser encontrada na intervenção intitulada *Fausse amoureuse de prêtre revendicatrice*, de 1913, um de seus textos preliminares para entrar no tema das psicoses passionais, propriamente dito. Esse trabalho foi publicado originalmente no *Boletim da Sociedade Clínica de Medicina Mental* em janeiro de 1913 sob o título de *Utilização de dois débeis por cometer fraudes e*

tentativas de chantagem em círculos religiosos. Na versão publicada em suas *Oeuvres*, Fretet o apresentou com o seguinte comentário:

Uma antiga amante de um padre o importuna com reivindicações de dinheiro. Ela foi encorajada a reivindicar pela sua família e seu segundo protetor, um jornalista, que vivem às custas do padre. O abade foi arrastado para uma armadilha e alguém tenta extorqui-lo (Fretet, 1942, p. 311).

Nessa intervenção, Clérambault descreveu o caso de uma mulher que se apaixonou por um eclesiástico em detrimento de suas características sacerdotais. Essa mulher amava também vários outros padres de maneira contínua. Ela acreditava ser o objeto de crescentes lisonjarias enquanto era justamente dela de quem partia tais reverências. “Ora, nossa paciente é simplesmente uma mulher de vida fácil, tendo como mantenedor um padre” (Clérambault, 1913/1942b, p. 311). Por se tratar de uma abordagem bastante inicial e na qual Clérambault ainda dava os seus primeiros passos no sentido de construir um grupo nosológico todo próprio, ele colocou em dúvida, nesse momento, se a paciente apresentava um delírio erotomaníaco puro ou se se tratava de um sistema ilusório mais amplo em uma paciente portadora de uma personalidade histérica.

Alguns fatores interessantes foram assinalados. Em primeiro lugar, de que não se tratava de uma mulher que pudesse ser considerada como uma religiosa, até pelo fato de que ela jamais teria conversado sobre religião com aquele padre. Esse detalhe fez com que Clérambault deduzisse que ela não deveria ter manifestado, anteriormente, nenhuma grande afeição por ele. Em segundo lugar que, nos dizeres de Clérambault, “ela não nos parece ser unicamente perversa⁴⁹” (Clérambault, 1913/1942b, p. 312). Preferiu considerá-la como tendo sido uma reivindicadora e que as suas reclamações tinham por base um delírio imaginativo. Após os numerosos interrogatórios, Clérambault confessou a sua dúvida de não saber se estaria lidando

⁴⁹ Segundo Massara & Pinto (2010), o discurso vigente no século XIX entre os alienistas franceses no que diz respeito às perversões foi substituído pelos discursos jurídico e teológico com objetivos de regular e classificar tudo aquilo que, na conduta das pessoas, não era efetivamente conhecido e que fugindo às normas preestabelecidas colocavam em risco a sociedade. Compreendeu assim que o trabalho de Clérambault na Delegacia de Polícia de Paris o colocava numa posição um tanto quanto incômoda, pois os encaminhamentos dos pacientes que recebia eram acompanhados por uma demanda jurídica em detrimento dos delitos cometidos. A expressão “mulheres perversas” fora utilizado por Clérambault, sobretudo por ocasião das pacientes que teve a oportunidade de examinar em consequência dos furtos de seda seguidos de onanismo. Clérambault via na realidade psíquica dessas mulheres traços de fetichismo. No entanto, Clérambault tinha conhecimento de que o conceito de fetichismo em psiquiatria não se aplicava às mulheres, conforme afirmou que “os autores clássicos dizem unanimemente que o fetichismo ainda não foi constatado nas mulheres” (Clérambault, 1908/1942, p. 715). Mas, nem por isso, deixou de relacioná-lo à conduta dessas mulheres. Em algumas passagens chegou a fazer referência à possibilidade de uma perversão especial nas mulheres.

com uma paciente que apresentava uma convicção permanente, ou com uma concepção transitória ou, ainda, com alguém que mentia incondicionalmente. A atitude da paciente enquanto esteve na Enfermaria foi, para ele, a de uma histérica.

Essas dúvidas não o impediram de concluir esse seu certificado da seguinte forma:

Desequilibrada. – Débil. – Hipomoral. – Delírio de reivindicação com complemento imaginativo. – Um abade lhe deve uma renda perpétua ou uma elevada soma. – Ele comprometeu seu futuro. – Bases parcialmente pelo menos inconsistentes; pretende utilizar tal escrito que ela mesma diz ter sido fictício. – Apresentação de origem romanesca. – Mitomania de difícil discernimento entre a convicção sincera e a mentira consciente, em sua fase inicial. – Reclamações incessantes, escândalos; talvez armadilhas. – Manobras com aspecto de chantagem. – Suposta influência de uma terceira pessoa. – Preguiça. – Hábitos etílicos. – Episódios de excitação extrema; várias vezes liberada na Delegacia. – Tentativa de suicídio aos 17 anos. – Pai internado em Villejuif. – Um irmão morto tuberculoso; amoral, etc. (Clérambault, 1913/1942b, p. 314, grifos do autor).

Nesse mesmo ano, em março de 1913, Clérambault apresentou outro caso, desta vez o de um paciente do sexo masculino, através de sua comunicação intitulada *Delírio de perseguição de início erotomaníaco*⁵⁰. Tratava-se de um caso em que o paciente desenvolveu um delírio de perseguição no qual ele manifestava, com alguma frequência, dúvidas em relação a uma crença absoluta no delírio, além de, em muitas ocasiões ter apresentado também uma certa consciência do mesmo. Essa consciência podia ser observada quando o paciente, em seu trabalho, não conseguia exercer autoridade sobre os seus subordinados, tornando-se também, muitas vezes, motivo de chacota por parte dos mesmos. Nesses momentos, sentindo-se perseguido por essas pessoas, dizia espontaneamente que só poderia estar sofrendo da doença da perseguição. Pelo fato de se tratar também de um paciente etilista, em certa ocasião, após uma bebedeira, foi à delegacia de polícia pedir proteção por estar à beira do suicídio devido às perseguições que vinha sofrendo há anos. Na Enfermaria especial, negou tais ideias de suicídio (Clérambault, 1913/1942a).

Clérambault relacionou algumas características que ele teria considerado relevantes no comportamento desse paciente e nos delírios por ele vivenciados. Afirmou que se tratava de um sujeito muito humilde, ao contrário dos paranoicos clássicos, sempre disposto a pedir desculpas

⁵⁰ No *Boletim da Sociedade Clínica*, esse artigo foi publicado originalmente com o título de *Interpretações delirantes com consciência da doença. Início ambicioso. Episódio amnésico. Traumatismo cefálico na infância. (Apresentação de paciente).*

e a fazer autoacusações. Além da consciência que muitas vezes apresentava com relação aos seus delírios, o paciente não tinha em seus antecedentes, características paranoicas, ou seja, nunca demonstrou ser um indivíduo desconfiado. Fez questão de diferenciar seus delírios quanto aos aspectos imaginativos e interpretativos, caracterizando-os entre os primeiros, conforme detalhado logo abaixo.

A fase erotomaníaca, que precedeu o aparecimento dos delírios persecutórios, foi considerada por Clérambault como tendo sido atípica por suas características. O indivíduo se mostrava otimista e ambicioso e não tinha plena convicção de estar sendo amado. Essa fase ocorreu num momento em que o paciente acabara de sair de uma separação depois de ter sofrido profundas decepções conjugais com a sua esposa. Residindo sozinho, sentiu-se amado por duas mulheres jovens que moravam no mesmo condomínio. Após muita insistência para conseguir conversar com a mãe dessas jovens, conseguiu estabelecer o contato, mas foi informado por ela de que as suas filhas eram comprometidas. Ele disse ter entendido, não insistiu na continuidade da relação e declarou que a partir daquele momento estaria tudo acabado entre eles.

Clérambault já demonstrava nesse momento alguma preocupação para com as possíveis distinções entre o delírio erotomaníaco e o caráter paranoico. Ainda que nesse momento o estabelecimento dessa distinção pudesse ser considerado incipiente, Clérambault já acenava para as características de ordem mais imaginativa do que interpretativa no delírio apresentado por esse seu paciente. E assim escreveu:

Existe uma ligação, em nossa opinião, pelo menos entre dois desses dados. Os imaginativos são na maioria das vezes otimistas: o que nós encontramos na psicologia atual e, no campo delirante, são especialmente as concepções ambiciosas que os processos imaginativos favorecem. É para nós um fato da experiência. Nesse caso, nosso paciente era otimista e ambicioso (na forma erotomaníaca) logo no início da doença. Por outro lado, nos perseguidos, o predomínio imaginativo restringe sempre ao mínimo o sentimento de hostilidade e a tendência às reações; parece que os perigos revelados ao sujeito apenas pela imaginação são menos urgentes do que os revelados por outros meios; o ódio nunca atinge neles a intensidade que ele apresenta nos Sistemáticos completos, ou nos Reivindicadores. A forma deste delírio foi, portanto, mais favorável do que um outro para o desenvolvimento do sentimento de humildade; mas ela não poderia explicar sua existência. Esse sentimento resulta do fundo do próprio sujeito (Clérambault, 1913/1942a, p. 321).

Essa comparação pareceu reforçar a sua tentativa de colocação dos Imaginativos de um lado e dos Sistemáticos e Reivindicadores do outro, utilizando, para isso, a qualidade e a

intensidade dos sentimentos apresentados pelos representantes dos dois grupos. E concluiu que a psicose do paciente em destaque teria tido a sua origem em um cérebro que ele considerava duplamente inválido, ou seja, tratava-se de um paciente “ao mesmo tempo degenerado e cerebral⁵¹ no sentido de Lasègue” (Clérambault, 1913/1942a, p. 322).

Com relação às origens desse delírio, Clérambault não o associou inteiramente ao álcool, reconhecendo-o como próprio do sujeito. A partir dessa constatação, Clérambault se perguntou então se o delírio teria uma origem psicogênica. Para ele a tese psicogênica tentaria se sustentar através das preocupações testemunhadas pelo sujeito em relação a sua solidão, ao seu desapontamento sentimental, à sua concentração voltada apenas para si mesmo além de outros dados que pudessem ser encontrados em sua história de vida pessoal. Sobre essa possibilidade escreveu:

Nós não acreditamos nessa tese. Ela não explica nem o grau de erro nem as formas especiais do humor; ela explicaria integralmente apenas uma depressão melancólica. Aqui como nos casos habituais do delírio de perseguição, a falsificação dos mecanismos intelectuais deve ser primitiva. As preocupações habituais ou circunstanciais forneceram apenas temas ideicos para serem implementados (Clérambault, 1913/1942a, p. 322).

3.2 A estruturação das psicoses passionais

O interesse de Clérambault pelo assunto persistiu e, em 1920, ele apresentou num artigo dedicado às psicoses passionais, o caso de uma mulher francesa que apresentava a convicção delirante de que o rei inglês George V era apaixonado por ela (Clérambault, 1920/1942b). O certificado de internação dessa paciente foi redigido por Clérambault em 04 de dezembro de 1920 da seguinte forma:

B... (Léa-Anna), 53 anos. Delírio Erotomaníaco e Delírio de Perseguição. Construções imaginativas e orgulhosas. Postulado e interpretações. Avanços e passos de um soberano apaixonado por ela, jogo paradoxal deste último, colaboração amigável de todo um meio. Numerosas abordagens e despesas, viagens ao estrangeiro, etc. Dúvidas passageiras. Interpretações orgulhosas já antigas; primeira cristalização, mas passageira, em 1917 (general americano). Ideias de perseguição constatadas desde 1913; invejada, perseguida, espreitada, rejeitada, interesse pelo seu dinheiro, inúmeras trocas de sinais entre

⁵¹ Lasègue defendia a teoria de que o delírio de perseguição era produto de uma lesão cerebral e consequente lesões do córtex cerebral. A anatomia patológica e a fisiologia normal estavam entre os seus objetivos de estudo assim como no de todos os seus contemporâneos (Pereira, 2015).

desconhecidos; esse sistema é chamado o Mormo⁵² (*sic*). Reação de perseguida; tapas dados subitamente em dois desconhecidos. – Relutância sobre este último ponto. Propensão à mentira. Expansividade em temas imaginativos; atualmente euforia com excitação (Clérambault, 1920/1942b, pp. 323-324, grifo do autor).

Na apresentação dessa paciente alguns pontos chamaram a atenção: em primeiro lugar, com relação à existência dos dois delírios, Clérambault ter caracterizado o delírio de perseguição – o mais antigo – como um delírio interpretativo e o delírio erotomaníaco – o mais recente – como um delírio imaginativo. Depois, o fato de ter considerado a paciente como uma pessoa que mentia facilmente. Ora, parece que essas mentiras surgiram no contexto de suas atividades delirantes. Sendo assim, elas poderiam ter sido consideradas como contingentes de suas manifestações delirantes. No contato com os familiares da paciente, Clérambault recebeu entre as várias informações, a de que a paciente sempre foi muito orgulhosa e mentirosa. A título de exemplo, em uma dessas passagens em que o seu discurso foi interpretado como mentiroso, a paciente, já internada na Enfermaria especial, ao ser colocada na frente de seus familiares, juntamente com o seu médico, teria se posto a justificar a sua internação referindo-se a um mal-estar sentido na rua e que, por causa disso, foi levada para a delegacia e de lá conduzida para a Enfermaria com o objetivo de se curar. Diante de tal afirmação, Clérambault fez a seguinte observação: “Nós mesmos seríamos enganados por seus ares de candura se não estivéssemos informados” (Clérambault, 1920/1942b, p. 329). Ou seja, a firmeza com a qual a paciente fazia tais afirmações não recebeu por parte de seu médico outras interpretações que não fossem aquelas relacionadas à sua habilidade de mentir.

Outro aspecto interessante dessa apresentação foi que Clérambault relacionou, nesse momento, a Erotomania aos chamados delirantes intelectuais dizendo que “a paciente se mostrou inicialmente muito reticente. É comum que os erotomaníacos sejam reticentes no dia seguinte a sua internação, assim como todos os Delirantes Intelectuais” (Clérambault, 1920/1942b, p. 331). Clérambault lembrou que já tinha tido a oportunidade de chamar a atenção das pessoas, em outros momentos, para uma forma de relutância e que ele a considerava como sendo a mais enganadora de todas. Chamou-a pelo nome de Relutância Prolixa. Disse que essa era a relutância encontrada aqui e que esse tipo de paciente poderia facilmente enganar médicos e magistrados.

⁵² Segundo Guimarães, Fernandes, & Luft (1992), tratava-se de uma doença infectocontagiosa do cavalo e do asno, transmissível ao homem, sendo causada por um bacilo que produz ulcerações na mucosa das fossas nasais.

Clérambault criticava com ardor a relação estabelecida entre o platonismo e a Erotomania defendida por vários autores de sua época, colocando-o como sendo uma característica essencial para esse tipo paciente. Para ele o platonismo era apenas um dado acessório, inconstante, incerto e instável, não sendo, portanto, fundamental para a caracterização desse quadro. E concluiu que, “em suma, o Platonismo está longe de ser um elemento fundamental no Delírio Erotomaníaco” (Clérambault, 1920/1942b, p. 336).

Diante dessas manifestações, Clérambault propôs incluir a paciente num quadro que ele classificava então como o de uma Síndrome Erotomaníaca e, pela primeira vez utilizou a expressão Postulado Fundamental, destacando-o como um dos elementos desta síndrome. O Postulado Fundamental consistia “nesta convicção de estar em comunicação amorosa com um personagem de posição mais elevada, que foi o primeiro a se apaixonar, e o primeiro que fez avanços” (Clérambault, 1920/1942b, p. 331). Tal personagem poderia até odiar o paciente, mas jamais lhe seria indiferente. Nesse delírio, a imaginação do paciente estaria sempre num patamar de maior importância do que o raciocínio, de forma que os elementos objetivos e concretos tivessem uma importância secundária para o paciente em relação às suas crenças. Entre as reações consideradas típicas desses pacientes citou a realização de viagens e perseguições de forma a se permitirem estar, assim, sempre mais próximos de sua paixão. Numa sequência, os sentimentos vividos pelos pacientes nessa condição seriam o de um otimismo inicial passando à perseguição e, no final, expressar um esboço de querulência.

Por fim, com relação às demandas sexuais, Clérambault acentuou que elas eram muito menos acentuadas nos erotomaníacos do que nos indivíduos considerados normais. Segundo ele, essa característica era uma prova suficiente e necessária para demonstrar que o amor não era absolutamente a fonte principal do delírio erotomaníaco e sim o orgulho. “Orgulho sexual, certamente, mas Orgulho principalmente” (Clérambault, 1920/1942b, p. 335), assim dizia.

3.3 O delírio erotomaníaco e a formalização do postulado

No ano seguinte, em 1921, Clérambault deu mais um passo no sentido de isolar o delírio erotomaníaco e melhor sistematizar o que ele chamou de Postulado Fundamental. Ele afirmou então que o delírio erotomaníaco caracterizava uma síndrome da paixão mórbida e que não se tratava de um delírio interpretativo. “Os delírios interpretativos têm por base o caráter paranoico, em outras palavras um sentimento de desconfiança” (Clérambault, 1921/1942d, p. 337). Ao contrário, as síndromes passionais se caracterizavam pela sua patogenia, pelos seus ingredientes, pelos seus mecanismos, por sua extensão e pela sua tonalidade, até certo ponto,

hipomaníaca. Elas também seriam autônomas e puras, embora, às vezes, pudessem ser acompanhadas de outros delírios.

De maneira mais diligente, Clérambault afirmava, então, que o delírio erotomaníaco desenvolvia-se em três fases distintas: a fase da esperança, a fase do despeito e a fase do rancor. Nesse momento descritivo, Clérambault aproveitou mais uma vez para realçar a natureza das suas entrevistas psiquiátricas ao afirmar que “interrogando tais pacientes, não basta questioná-los, é preciso ainda *acioná-los*” (Clérambault, 1921/1942d, p. 338, grifo do autor). A posição passiva e de escuta do psiquiatra não lhe parecia suficiente para que os pacientes pudessem trazer à luz todo o material que escondia dentro de si.

Destarte, os componentes do sentimento gerador do Postulado passariam a ser representados a partir de agora pelo orgulho, pelo desejo e pela esperança. O Postulado Fundamental ficou então organizado a partir da expressão de que “*é o objeto que começou e que ama mais ou que ama sozinho*” (Clérambault, 1921/1942d, p. 338, grifo do autor) e, do qual mais especificamente derivariam os seguintes temas, considerados por ele como sendo evidentes: 1) o objeto não pode ter felicidade sem o pretendente; 2) o objeto não pode ter um valor completo sem o pretendente; 3) o objeto é livre e o seu casamento não é válido.

A partir daí, outras derivações temáticas poderiam surgir e não necessariamente teriam todas que se apresentarem reunidas ao mesmo tempo. Citou assim o fato de os pacientes manterem o objeto sob uma constante vigilância e sob uma proteção contínua deles próprios. Acreditavam também que o objeto faria vários trabalhos para abordá-los, mantendo com os pacientes erotomaníacos conversas indiretas e possuindo para isso recursos fenomenais. Esses pacientes também acreditavam que os seus romances despertariam nas demais pessoas uma simpatia quase universal apesar da conduta paradoxal e contraditória, muitas vezes demonstradas pelo objeto, já que no seu cotidiano ele não dava provas reais daquilo que os erotomaníacos reiteravam. Essa última característica teve para Clérambault uma importância fundamental.

3.4 O delírio erotomaníaco e a paranoia

O objetivo de distinguir o delírio erotomaníaco da Paranoia continuou sendo o foco perseguido por Clérambault ao longo desse artigo (Clérambault, 1921/1942d). Estabeleceu, então, de maneira mais sistematizada, as diferenças entre os chamados delírios interpretativos, de um lado e os delírios erotomaníacos e de reivindicação, do outro. As diferenças ficaram assim discriminadas:

- 1) A paixão do erotomaníaco e do reivindicador possuía uma data de início precisa. A desconfiança paranoica era antiga.
- 2) A desconfiança paranoica modificava a concepção de seu eu. A paixão dos erotômanos e dos reivindicadores não produziram essa modificação, apenas modificavam a sua relação com a atmosfera vivenciada por ocasião da paixão.
- 3) Pelo fato de os passionais possuírem um propósito, eles viviam em estado de expectativa, ao contrário dos interpretativos que viviam em estado de *stress*. Dessa forma, o delirante passional avançava para o seu objetivo enquanto que o interpretativo vagueava em seu mistério.
- 4) Com relação ao campo de ação do delírio, o erotômano permanecia no mesmo setor e o seu ângulo de ação não mudava. O interpretativo, ao contrário, tinha seu campo de ação irradiando-se em todas as direções.
- 5) A megalomania se ajustava muito mais nos interpretativos. Muitas vezes eles eram Napoleões, Jesus, salvadores do mundo. Esse comportamento megalomaníaco quase nunca era percebido entre os passionais.
- 6) A atenção dos interpretativos estava voltada para o passado, até porque era lá que ele tentava buscar as suas explicações. Os passionais estavam sempre com a sua atenção voltada para o futuro, no sentido de tentar satisfazer o seu desejo.
- 7) As principais convicções dos erotômanos eram obtidas pelas deduções relacionadas ao Postulado. Não se encontrou nada equivalente entre os interpretativos, ou seja, nenhuma de suas convicções pode ser considerada como equivalente do Postulado.

Clérambault lembrou que os reivindicadores já haviam sido separados dos interpretativos por Sérieux e Capgras e que ele não apenas concordava, mas, acima de tudo, adotava todos os seus critérios diferenciais. No entanto, ele estaria acrescentando que todos esses critérios diferenciais tinham uma única origem, ou seja, na chamada patogenia passional. E concluiu:

São de fato os traços passionais que a animação inicial, o objetivo único e consciente do conjunto, o esquecimento de qualquer interesse que não seja o da paixão, de onde deriva a limitação, típica para nós, das ideias de perseguição e de grandeza aos interesses únicos dessa paixão, e a ausência habitual, observada pelos autores, da enormidade nas concepções finais (Clérambault, 1921/1942d, p. 344).

Clérambault não excluiu a possibilidade desses pacientes apresentarem interpretações que se tornassem invasivas e também que as síndromes passionais pudessem se associar aos delírios

alucinatorios, com ou sem demência. Porém, se essas situações ocorressem, elas deveriam ser compreendidas no contexto dos casos mistos.

Por fim, Clérambault procurou estabelecer alguns contrastes que poderiam ser estabelecidos entre um paciente considerado delirante passional e aqueles indivíduos que pudessem se apresentar apenas como apaixonados infelizes, sendo estes incluídos entre as pessoas consideradas normais. O Postulado Fundamental deveria ser a grande ferramenta utilizada para que essa imprecisão não se estabelecesse. Assim descreveu:

Na verdade, nenhum passional normal e infeliz esconde nele o nosso postulado, isto é, não acredita ser amado mais do que ama, nenhum afirma conhecer o verdadeiro pensamento do Objeto melhor do que o Objeto em si; ninguém dirá que a conduta do Objeto em relação a ele é inteiramente paradoxal (que o objeto, por exemplo, lhe sorri enquanto o leva para a prisão), nem que toda uma multidão está interessada em seu romance. Ele não negará que o Objeto seja casado. Todos os seus esforços, se houver esforço, partem da ideia de que ele poderá e pode ser amado, dado exatamente inverso ao do Postulado (Clérambault, 1921/1942d, p. 345).

3.5 Erotomania pura e Erotomania associada

Em 1921 Clérambault apresentou na Sociedade Clínica de Medicina Mental dois casos de pacientes com diagnóstico de Erotomania, sendo que um deles ele considerou como sendo um caso misto e, o outro, o de uma Erotomania pura. Caracterizou os casos puros como aqueles nos quais não eram encontradas alucinações, não levariam à demência, seu tema delirante permaneceria fixo e as passagens pelas fases de esperança, despeito e ódio seriam identificadas. Quanto aos casos mistos, defendeu a presença das alucinações e a existência de uma sistematização mais ou menos rica de sua atividade delirante através de um trabalho interpretativo ou imaginativo no contexto de sua temática persecutória ou megalomaníaca, principalmente. Os objetos que fundamentariam os seus delírios poderiam ser múltiplos e no culto a esses objetos poderia se associar um pensamento místico. Tais casos poderiam evoluir para um enfraquecimento intelectual, inclusive com demência, admitindo, enfim, todos os destinos possíveis.

Voltou, neste momento, a reforçar a importância do Postulado nos casos considerados puros e enfatizou os aspectos essenciais de sua evolução.

A Erotomania Pura é para nós uma Síndrome Ideo-Afetiva, de uma intensidade passional, cuja Ideação deriva daquilo que denominamos Postulado, apresentando tal coerência que ele se reproduz numa forma estereotipada; completa desde o início, suscetível de uma duração muito longa, senão crônica desde o seu princípio; sofrendo apenas a transformação do Amor em Despeito, depois em Ódio, e de acréscimos na forma de ideias ambiciosas e de perseguição polarizadas; comportando um Objeto único, definitivo, considerado desde o início de maneira fixa; incluindo um aumento da tonicidade de maneira descontínua, extremamente ativo e incurável. Deve-se notar que, às vezes, o Delírio Erotomaníaco foi precedido, no sujeito, por um episódio de ordem semelhante, de curta duração, mas apresentando alguns de seus elementos e não sua estrutura completa (Clérambault, 1921/1942c, p. 347).

Em relação ao grande número casos mistos encontrados, acrescentou que os seus inícios eram marcados por um quadro de erotomania. Entretanto, neles a síndrome erotomaníaca podia aparecer no decorrer de um delírio interpretativo ou mesmo no de um delírio polimorfo. Quanto às características desses delírios, no que diz respeito ao seu aspecto imaginativo ou passional, registrou que quanto maior fosse a contribuição imaginativa, menor seria a contribuição passional e vice versa.

Nas discussões relacionadas ao caso de uma Erotomania pura, Clérambault não poupou críticas aos relatórios apresentados pelos médicos peritos que foram expedidos em relação a essa paciente apresentada. Essas críticas não foram, de fato, admitidas por Clérambault como tais. Dispôs-se a enobrecer o nível de qualificação técnica dos médicos peritos, defendeu-se de que as publicações feitas por ele reproduzindo os detalhes dos exames periciais assinalados não se tratavam de críticas e sim de que seu único intuito era o de chamar a atenção da comunidade científica de sua época para o quanto um caso típico de Erotomania poderia ser mal interpretado e por inúmeras razões. A paciente, objeto de toda essa polêmica, apresentou várias internações em decorrência das perturbações de ordem pública, conflitos com vizinhos e apresentação de um delírio erotomaníaco dirigido a um funcionário da delegacia de polícia. O tom crítico apareceu, sobretudo, quando Clérambault queixou-se de que, em nenhum momento, os médicos peritos dessa paciente se dispuseram a ler os certificados emitidos, tanto por ele quanto pelos demais médicos que assistiram a paciente, em todas as suas internações. Queixou-se também de os peritos não terem manifestado interesse em ouvir as várias testemunhas que se dispuseram a fornecer detalhes e informações sobre a paciente, que muito auxiliaram nas suas conclusões e nas dos diversos médicos assistentes que a acompanharam também. Apelou para que os seus comentários pudessem ser acolhidos, em primeiro lugar, como advertência para o grau de desconhecimento que se tinha, até então, acerca do delírio erotomaníaco e depois, pela

inexistência absoluta de um protocolo de interrogações aplicáveis a esse grupo de pacientes. E, sobre isso, se propôs a apresentar um plano de interrogatório que pudesse contribuir para aprimorar a conclusão desse tipo de diagnóstico.

O plano do interrogatório deve ser fornecido pelas fórmulas típicas do delírio, tais como nós tentamos deduzi-las. Diante de cada paciente susceptível de se revelar Erotômano, nós apresentamos nossas fórmulas, como num caso de medicina interna, seja para substituir a intuição momentaneamente deficiente, seja para auxiliar no seu progresso, . . . Se rejeitamos um determinado plano, na presença dos Erotômanos, se ele mesmo é feito na mente de qualquer Alienista, vamos primeiro responder que duvidamos do fato porque poucos alienistas podem se gabar de ter visto esses casos em série, em seguida, porque se um plano tão preciso existisse nas muitas memórias, ele seguramente teria sido formulado nos artigos e nos livros. Na ausência de tal quadro sinóptico o médico é entregue à intuição artística, ou seja, ele faz um trabalho sem precisão, sem garantia contra os descuidos. A investigação científica começa no momento em que nós sabemos claramente aquilo que procuramos, aquilo que negligenciamos e aquilo que nós adiamos. Ninguém se orgulha de interrogar apenas pela intuição artística os Perseguidos Sistematizados, os Melancólicos, etc. Saber de cor a Síndrome das Negações nos faz atribuir um valor considerável à *única ênfase* de uma negação e vislumbrar qual bloco de ideias nós seremos capazes de descobrir. O método está então longe de contrariar a intuição (Clérambault, 1921/1942c, pp. 367-368, grifo do autor).

Além de Clérambault ter-se aproveitado desse momento para apontar as possíveis negligências que estariam acontecendo em relação aos diagnósticos de Erotomania, dado a falta de um critério objetivo para a abordagem desses pacientes, ele tocou num outro ponto que lhe parecia bastante pertinente e fundamental. Tratava-se do uso frequente da ferramenta intuição pelos profissionais de então, como critério fundamental para se conduzir uma entrevista com o paciente e elaborar um diagnóstico clínico. Com relação à utilização de critérios subjetivos, Clérambault não considerava que eles fossem totalmente prescindíveis. Ele apenas chamou a atenção para o fato deles não se constituírem em substitutos naturais dos critérios objetivos. Em muitos casos e situações, eles poderiam até se apresentar como facilitadores, porém, usados de forma única e sistemática, poderiam facilmente conduzir ao erro. Ainda que as estratégias utilizadas por Clérambault para a abordagem e interrogação de pacientes tivessem sido alvo de muitas críticas por parte de vários de seus colegas, nos parece ter sido bastante pertinente o apelo feito para que a formulação de um método pudesse ser desenvolvida e aplicada na abordagem desses pacientes. Conseguiu assim chamar a atenção da comunidade científica de

sua época para a possibilidade de existência de um número bem maior desses quadros e também para que os seus registros pudessem estar sendo subdimensionados.

Além disso, fez mais um alerta. Muitos pacientes erotomaníacos e querelantes corriam o risco de serem interpretados ao pé da letra por seus médicos assistentes. Diante dessa suposta indignação, muitos profissionais insistiam em compreender essa fase como uma mera consequência de despeito amoroso e, assim, mais uma vez estariam desconsiderando um importante quadro mórbido.

Ainda em 1921, Clérambault levou para uma sessão clínica na Sociedade Clínica, um paciente do sexo masculino que fora internado na Enfermaria especial e que fora também tratado por ele como um caso de Erotomania pura. Tratava-se de um paciente de 34 anos, divorciado e cujos sintomas apareceram após ter retornado de sua participação na Primeira Guerra Mundial. Clérambault aproveitou esse momento para ratificar a série de construções que já havia feito sobre a Erotomania, relacionadas ao seu postulado, ao fato de o elemento gerador do delírio ser consequência da tríade afetiva composta pelo orgulho, a esperança e o amor e, sobretudo sobre a prevalência do sentimento de orgulho sobre o amor.

Esse paciente desenvolveu um delírio megalomaníaco pela ex-mulher, depois de ter-se divorciado dela. Apoiando-se nesse detalhe, Clérambault tentou desconstruir a ideia vigente entre aqueles que viam no platonismo um aspecto fundamental para a edificação do delírio erotomaníaco. Nesse caso, o objeto era a mulher que o sujeito já havia possuído. Tratava-se também de uma mulher do mesmo nível social do paciente, o que rompia, pelo menos em princípio, com a convicção vigente de que o objeto deveria, necessariamente, ser de um nível social superior ao do paciente. No entanto, apontou para o fato de se tratar de uma mulher jovem, bonita, possuidora de uma profissão – por ocasião de uma das separações do casal, voltou a morar com os pais e foi empregada em uma loja de departamentos –, refinada em seus costumes, pertencente virtual de uma casta social burguesa, não se constituindo, por sua aparência e discurso, na esposa de um trabalhador. Na ocasião em que a paciente se empregou, ele a acusou de possuir um amante. Um outro dado que Clérambault se apoiou para sustentar a hipótese de a ex-mulher ser, no imaginário do paciente, pertencente a uma classe diferenciada da dele, foi a fixação que ele mantinha em relação ao amante imaginário dela, ou seja, tinha plena convicção de que se tratava de um homem muito rico. Essas interpretações fizeram com que Clérambault admitisse que sob esse aspecto, o paciente voltava às regras pré-estabelecidas; não obstante afirmou que

aliás, exageraram em admitir que a distância social entre o Sujeito e o Objeto é sempre relevante; nós conhecemos casos em que ela era mínima ou nula. O único ponto importante é que o Objeto possui aos olhos do Sujeito um prestígio (Clérambault, 1921/1942e, p. 395).

E completou dizendo que esse paciente, de forma singular, tinha iniciado seu quadro na fase de despeito, ou seja, teria suprimido a fase inicial de reivindicação afetiva, mais especificamente, a fase de esperança dos casos comuns. Clérambault justificou esse detalhe pela convivência anterior entre os dois, visto terem sido casados e vivido em conjunto. A ausência de ciúmes foi uma outra característica observada por Clérambault. No entanto, ousou a afirmar que o ciúme existiu, mas fora reprimido pelo orgulho que no caso desse paciente era extremo.

Frequentemente, os pacientes erotomaníacos negavam a validade do casamento do Objeto. Aqui, o paciente negou a validade do seu divórcio e a validade de um possível novo casamento de sua ex-mulher. Em várias passagens ele chegou a dizer que ela não se manteria seis meses casada e que logo voltaria para ele.

Outra característica apontada por Clérambault foi a “de uma cobiça de muito mau gosto” (Clérambault, 1921/1942e, p. 397) demonstrada pelo paciente ao prometer que receberia o dinheiro do marido imaginário com quem sua ex-mulher iria se casar. Ele observou que essa característica era muito mais comum entre as mulheres erotômanas do que entre os homens, mas que, apesar de incomum, ele já tinha tido a oportunidade de presenciá-la entre os homens, principalmente entre aqueles do meio rural. Quanto às características consideradas comuns em todos os casos passionais, artifício da mentira usada por esse paciente recebeu uma ênfase por parte de Clérambault.

Após essa breve exposição, Clérambault sintetizou assim:

Do nosso caso, depois de uma fácil análise, emergem nitidamente *as Constantes* da Síndrome Erotomaníaca, tais como nós a definimos recentemente: a Tríade Afetiva (Orgulho, Amor, Esperança), o Postulado, enfim as Fórmulas Derivadas do Postulado: 1º o Objeto não pode ser feliz sem o Sujeito; 2º a conduta do Objeto é paradoxal, contraditória, de duplo sentido. Esta última fórmula é inevitável, pois ela resulta da necessidade de acomodar os fatos inegáveis com o Postulado infalível (Clérambault, 1921/1942e, p. 397, grifo do autor).

Na perspectiva de ratificar a diferença desse tipo particular de delírio frente aos demais, Clérambault afastou a possibilidade desse paciente poder ser considerado como tendo sido um

reivindicador ou um interpretativo. Não se tratava de um reivindicador porque frente ao objeto ele se apresentava apenas como um sujeito recriminador e vingativo. Pacientes desse tipo poderiam até apresentar alguns traços dos reivindicadores, mas isso não o tornaria um deles. Com relação às suas interpretações, o paciente só as fazia em relação ao seu objeto e todas elas tinham por base, características passionais; em primeiro lugar, destacava-se a convicção de ser amado. Não se tratava, portanto, de um paciente interpretativo.

Logicamente, a existência de um delírio erotomaníaco puro conduziria à possibilidade da existência de uma Erotomania pura. As dúvidas que alimentavam esses questionamentos tinham por base a questão sobre os delírios erotomaníacos poderem surgir apenas nos pródromos de um polimorfismo que viria mais tarde se revelar entre as diversas entidades nosológicas de psicoses já conhecidas. Clérambault admitia essa possibilidade, mas sem negar a existência de tais quadros se constituírem também como puros.

Em nossa opinião, a Erotomania é às vezes uma Síndrome Clínica Sobreposta e Transitória, às vezes uma Síndrome Premonitória, às vezes uma Entidade completamente Autônoma. Os Casos puros são os mais raros. Por outro lado, eles são os mais claramente regulamentados, os mais completos, os mais veementes, os mais estáveis (Clérambault, 1921/1942e, p. 404).

Mas o caso do paciente divorciado acima descrito não deixou de fomentar mais discussões e controvérsias nos anos posteriores. Em 1923, Clérambault exteriorizou uma resposta ao Dr. Mignard por ele ter afirmado que esse paciente fora curado em seu serviço e, por consequência, proclamado que a Erotomania poderia ter uma evolução favorável e se curar. Revelou então que o paciente em questão não estava curado nem de suas ideias erotomaníacas nem de suas ideias de reivindicação. Citou ainda que a sua avaliação era congruente com as opiniões emitidas por três médicos, reconhecidos por ele como sendo seus mestres. Referia-se às declarações dos doutores Briand, Sérieux e Vallon afirmando que o paciente continuava “delirante, extremamente reticente e perigoso” (Clérambault, 1923/1942f, p. 405). Chegou, enfim, admitir que se tratava de um paciente profundamente paranoico e que as suas ideias querelantes não mereciam ser consideradas como as de uma falsa querulência. Admitiu assim que uma psicose passional concomitante a uma outra psicose mais ampla, teria nesta última um suporte e o preparo para a síndrome. A relação de uma com a outra deveria ser compreendida como parasitária.

Persistindo na sua convicção de existirem casos puros de Erotomania, Clérambault fez a apresentação de uma paciente na Sociedade Clínica sobre a qual ele havia emitido um

certificado de internação em 17 de maio de 1923. Tratava-se de uma paciente que, segundo ele, evoluía há trinta e sete anos com um delírio erotomaníaco, cujo objeto do delírio também era um padre e que teria iniciado seu quadro aos dezessete anos de idade. Em seu certificado, apontava para o fato dessa paciente possuir uma evolução tão longa, sem polimorfismo, sem distúrbios sensoriais e, sobretudo, sem demência. (Clérambault, 1923/1942f)

Para ele, esse caso seria muito representativo em defesa da existência de casos puros porque, além das características supracitadas, o Postulado e as concepções derivadas encontravam-se muito bem circunscritas. Numa tentativa de dirimir qualquer obstáculo que pudesse surgir em relação àquilo de que estava convencido, afirmou:

O caso é absolutamente puro, porque não se pode detectar nem Polimorfismo, nem Interpretação, nem Alucinações, nem Demência. A ideação está extremamente viva, e as formas mais delicadas de julgamento estão conservadas. O Delírio permanece cristalizado há 37 anos; nós temos então um bom caso de Erotomania Pura, e não poderíamos mais contestar a existência desta forma clínica como entidade independente (Clérambault, 1923/1942g, p. 408).

Observou também que a dificuldade que muitos médicos encontravam para chegarem a esse diagnóstico era devida ao fato do elemento esperança nem sempre ser algo de fácil detecção. Como consequência, esses médicos passavam a acreditar que tais pacientes nunca, de fato, estiveram delirando ou então que o delírio pudesse ter terminado. Como causas desses erros, apontou algumas possibilidades: 1) a ausência de sistematização que, na sua opinião, não deveria receber tanto valor em detrimento da extensão desses delírios poder não ser constante; 2) a resistência consciente, muitas vezes apresentada pelos pacientes e, 3) a resistência inconsciente demonstrada por ocasião da remissão do elemento paixão fazendo com que esse elemento fosse substituído pelos outros sentimentos próprios do quadro. Além de tudo isso, muitas vezes o passional apresentava uma dualidade que também lhe era própria. Assim, ele conseguia admitir que um dia estivera doente, mas que já teria se curado. Esse tipo de discurso se fazia presente, sobretudo, quando alguma dúvida era vivenciada pelo paciente.

Nessa ocasião, Clérambault procurou dar mais um passo no sentido de caracterizar a Erotomania como sendo um distúrbio afetivo, remitente e essencialmente ligado à atividade. Com objetivos de chamar a atenção de seus colegas médicos para que eles não subestimassem tais pacientes e, como consequência, deixassem de diagnosticar esses quadros, voltou a enfatizar o seu estilo muito peculiar de abordar os pacientes dizendo que “para conhecer tais

pacientes, é preciso, não questioná-los, mas manobrá-los, e para isso, agitá-los. Pode até ser bom, às vezes irritá-los” (Clérambault, 1923/1942g, pp. 409-410).

Clérambault concluiu essa exposição defendendo que as psicoses passionais estavam entre aquelas que mais respeitavam as características psíquicas anteriores dos pacientes e que, como uma síndrome ideo-afetiva, possuíam uma autonomia integral, ou seja, não admitiriam em sua essência, características de uma outra psicose. Tais casos, para ele, deveriam ser reconhecidos como quadros de Erotomania pura, essencial ou autônoma. Além disso, nesses casos, o delírio poderia permanecer livre de toda e qualquer modificação.

3.6 As divergências entre Clérambault, Capgras e Mignard

As formulações de Clérambault a respeito da Erotomania pura não foram, a princípio, bem aceitas pela psiquiatria de sua época. Uma forte discussão entre ele e Capgras a esse respeito tornou-se célebre na *Sociedade Clínica de Medicina Mental* e cujas respostas de Clérambault foram publicadas no *Boletim da Sociedade Clínica* em junho de 1923. Para Capgras, a Erotomania tinha apenas uma significação sindrômica, podendo ser encontrada, em sua forma aguda, nos débeis e nos degenerados e, numa forma crônica, ligada aos delírios de interpretação e reivindicação ou, até mesmo, ligada ao Idealismo Apaixonado de Dide⁵³. Os Idealistas Apaixonados foram considerados por Henry Ey (1981) como sendo paranoicos reivindicativos e que deliravam em torno de um ideal imaginário de si mesmo. Em sua grande maioria eram aqueles pacientes que sonhavam e lutavam, muitas vezes de forma agressiva, por um sistema político considerado ideal como, por exemplo, a paz universal e as questões relacionadas à filantropia. Para Clérambault, em sua forma amorosa, esses pacientes seriam caracterizados pelo seu platonismo. Em seu livro sobre os Idealistas Apaixonados, Dide incluiu entre os erotômanos apenas aqueles que possuíam uma aparência platônica. Ao fazer referência à patogenia desses casos, Dide considerou a mentalidade idealista como essencial enquanto que, para Clérambault, a paixão seria o único fator patogênico essencial. E conforme ele já havia expressado anteriormente, “a grande maioria dos Erotômanos não é nem platônica nem idealista” (Clérambault, 1923/1942b, p. 416).

Em novembro de 1923, Clérambault retomou ao tema tratado por Dide, em uma nova publicação do *Boletim*. Neste artigo, Clérambault assumiu que ainda não havia tomado

⁵³ Maurice Dide (1873-1944) foi médico e diretor do hospital de Braqueville. Foi também professor da Faculdade de Humanidades, em Toulouse, França (Beveridge, & Mangin-Lazarus, 1995).

consciência das concepções de Dide por ocasião das publicações de seus artigos em dezembro de 1920 e fevereiro de 1921. Lamentou o fato e se desculpou, alegando como motivos para o seu desconhecimento, as questões relativas à guerra e ao pós-guerra. Afirmou que se tivesse conhecimento, à época, sobre as concepções relacionadas ao platonismo e ao idealismo de Dide, certamente o teria citado em seus artigos, sobretudo pelo fato dele tê-las combatido com veemência. Afirmou ainda que as concepções de Dide jamais poderia ter-lhe inspirado ou até mesmo ter-lhe influenciado pelo fato delas serem radicalmente opostas às suas (Clérambault, 1923/1942k).

Capgras defendeu também a ideia de que as evoluções favoráveis eram possíveis naqueles casos considerados puros por Clérambault, além do que, para ele, o prognóstico médico-legal não seria tão sombrio quanto aquele sustentado por Clérambault. Essas afirmações provocaram novamente uma forte reação de Clérambault, tendo, por isso, voltado a insistir no aspecto mais passional do que o idealista da Erotomania.

No contexto de toda essa polêmica, Clérambault apresentou uma resposta formal ao conjunto de críticas que vinha recebendo de Capgras. Em primeiro lugar ratificou que desde 1920 já vinha admitindo que a Síndrome Erotomaníaca poderia evoluir de diversas maneiras. Reafirmou a sua convicção quanto a existência das Erotomanias puras e que tanto ela quanto às chamadas Erotomanias sintomáticas tinham destinos diferentes; essas últimas evoluiriam de acordo com o seu substrato clínico. Continuou com o seu firme propósito de não reconhecer a existência de uma Erotomania paranoica, apostando assim numa distinção entre a Paranoia e a Erotomania. Reconheceu a existência de uma Erotomania sobreposta em um terreno paranoico ou mesmo em um delírio interpretativo, contudo continuou afirmando que seria “um erro ver o Mecanismo Interpretativo como *gerador* da Síndrome; a Síndrome é de Essência Passional” (Clérambault, 1923/1942b, p. 414, grifo do autor).

Na defesa de sua Síndrome Erotomaníaca pura, Clérambault disse que Capgras teria feito uma aproximação entre ela e a psicose interpretativa utilizando-se de uma possível e perfeita fusão de todos os elementos da psicose enquanto que para ele, essa fusão seria apenas ideica. Nos perseguidos, ao contrário, se alguma representação romanesca viesse a ser construída, ela incluiria não apenas as concepções de origem interpretativa, ou seja, ideica; certamente haveria, em sua grande maioria, a inclusão das concepções de origem sensorial.

Com relação à transformação do amor em ódio, disse que jamais teria visto aí algo que pudesse ser associado a uma predição de um delírio persecutório. Para ele tratava-se pura e simplesmente de uma reversão de ordem passional. E frisou que “eu chamo de paixão qualquer apetite ardente baseado em afeição ou raiva, ou em ambos” (Clérambault, 1923/1942b, p. 417).

Outra crítica contundente frente à oposição de Capgras ao reconhecimento da síndrome pura como uma entidade nosológica distinta, foi quanto a sua afirmação de que na Erotomania passional haveria uma predominância dos devaneios imaginativos, tal como ocorreria nos sonhos, por exemplo. Clérambault não concordava, em absoluto, com essa visão de pureza romantizada na Erotomania. Muitas vezes os atos cometidos por esses pacientes, tais como as tentativas de homicídio, por exemplo, provavam exatamente o contrário. “Essa importância dada ao devaneio parece marcar em nosso colega um retorno à concepção arcaica da Erotomania” (Clérambault, 1923/1942b, p. 415).

Quanto a ocorrência da querelância⁵⁴, Clérambault disse que quando ela se fazia presente nos passionais, ela tinha como característica básica o fato de ser quase sempre constituída de simulações. Essa particularidade encontrada na querelância dos casos assistidos e apresentados por Clérambault o levou a reconhecê-la e a designá-la pela expressão de falsa querelância. Para ele um erotomaniaco pode não apresentar em todo o curso de sua patologia o fenômeno da querelância, mas reconheceu que a Erotomania poderia provocar uma querelância transitória ou até mesmo duradoura. Estabeleceu, no entanto, uma diferença entre ambas, mas que para ele seria de fundamental importância, ou seja, que a fonte da querelância seria a indignação enquanto que a fonte da Erotomania seria o desejo. Além disso, enfatizou a existência de outros quadros que poderiam se apresentar, às vezes, puros, outras vezes, associados. Como exemplo citou o ciúme delirante. Dessa mesma forma, a síndrome passional poderia se apresentar sozinha ou acompanhada, em outros termos, autônoma ou parasitária, respectivamente.

Em relação a essa autonomia, Capgras apontou para o que, em sua concepção, seria um paradoxo do discurso de Clérambault. Para ele, Clérambault contestava a relação entre a Erotomania pura e o Delírio de Reivindicação e contraditoriamente incluía essas duas psicoses no grupo dos delírios passionais. Clérambault respondeu que não contestava, em absoluto, a relação entre as duas, e que jamais afirmara que via nelas uma relação de filiação, via somente, entre as duas, analogias de mecanismo e que, somente por isso, as relacionava conjuntamente no grupo dos delírios passionais. Relativamente a evolução dessas duas formas, Clérambault utilizou-se dos estudos apresentados por Capgras para sustentar mais um de seus argumentos

⁵⁴ Segundo Dalgalarrodo (2008), no delírio de reivindicação (ou querelância), “o indivíduo, de forma completamente desproporcional em relação à realidade, afirma ser vítima de terríveis injustiças e discriminações e, em consequência disso, envolve-se em intermináveis disputas legais, querelas familiares, processos trabalhistas, etc.” (p. 222). Descreve ainda que esses indivíduos se consideram como verdadeiros representantes dos injustiçados e ser um delírio mais comumente encontrado nos transtornos delirantes (Paranoia). Cheniaux (2015) escreveu que “o delírio de reivindicação (ou querelante), descrito por Clérambault, seria um subtipo de delírio persecutório” (pp. 116-117, grifo do autor).

em favor da separação entre elas, sem deixar de provocá-lo dizendo “no que diz respeito à Evolução, é precisamente o seu estudo que me levou a diferenciar os Casos Puros dos Casos Mistos” (Clérambault, 1923/1942b, p. 419).

O ano de 1923 foi marcado por muitas produções de Clérambault, especialmente em relação aos seus estudos sobre a Erotomania. E também foi nesse ano que ele apresentou um artigo em defesa daquilo que para ele deveria ser considerado como uma entidade clínica representativa dos delírios passionais. Assim definiu,

Nós chamamos Delírios Passionais todos os delírios que são baseados em uma emoção prolongada, na forma de desejo ou de raiva, qualquer que seja o tema e a ocasião. Qualquer convicção emocional pode servir como núcleo para um Delírio Passional; sentimento de propriedade, sentimento teórico de justiça, amor maternal, religiosidade sob todas as formas, etc. A emoção que se prolonga foi, desde o início, associada a uma ideia clara, e esta associação ideo-afetiva permanece um nó indissolúvel, predominantemente afetivo, sem alteração detectável da ideação geral, o que não é o caso dos Interpretativos e dos Polimorfos (Clérambault, 1923/1942b, p. 419).

Além disso, caracterizou o quadro dos delírios passionais autônomos como aqueles estados puros nos quais os pacientes não apresentavam alucinações nem demência. Ou seja, ao falar dos casos puros, Clérambault estava, obviamente, admitindo a existência dos quadros mistos. Dessa forma, caso surgissem delírios passionais no curso dos quadros mistos, eles deveriam ser considerados apenas como delírios sobrepostos em outros quadros, sendo portanto de ordem secundária ou prodrômica. Admitiu também a possibilidade de alguns erotômanos, antes de encontrarem os seus delírios definitivos, ou seja, aquele delírio que os caracterizaria, poderem apresentar alguns delírios transitórios e de curta duração. Denominou esses quadros como sendo “*Casos Reduzidos de Delírios Passionais*” (Clérambault, 1923/1942e, p. 421, grifo do autor).

Dando prosseguimento ao seu objetivo de acrescentar as diferenças existentes entre os delírios passionais e os delírios sistematizados, escreveu que os primeiros apresentavam temas circunscritos por fazerem referência a um tema muito limitado. Esse tema seria de ordem social e colocava em jogo os interesses sociais do sujeito. Quanto aos delírios sistematizados, acreditava que eles ofereciam temas múltiplos e ramificados e por estarem atrelados, na maioria das vezes, à segurança e à própria vida desses pacientes, esses delírios encontravam-se diretamente relacionados aos seus instintos de conservação.

Outra discussão, desta vez com relação a um paciente do Dr. Mignard, aconteceu na *Sociedade Clínica*, em decorrência da apresentação de um paciente que o Dr. Mignard havia

diagnosticado como Psicose Passional. Clérambault teria visto no caso apenas um quadro de delírio imaginativo com complemento afetivo. Clérambault reconheceu que nesse caso haviam mecanismos dominantes de ruminação, além do trabalho imaginativo. E apelou para importância de se respeitar a semântica da palavra paixão que, segundo ele, fazia referência a “uma emoção intensa, prolongada e estênica, tendendo a passar ao ato” (Clérambault, 1923, p. 423). Chamou a atenção de todos para que considerassem também a importância do esforço como um traço inicial, constante e descrito por ele como sendo uma característica fundamental dos delírios passionais. Propõe, enfim, que o referido paciente seja classificado entre os delirantes imaginativos.

3.7 Concepções biológicas acerca do delírio erotomaníaco

Em junho de 1921, Clérambault publicou no *Boletim da Sociedade Clínica* um artigo intitulado *Despeito erotomaníaco após possessão. (Comunicação)*, dizendo que “a Erotomania é uma Síndrome Psicológica, ou pelo menos quase exclusivamente psicológica” (Clérambault, 1921/1942e, p. 399). Juntamente com essa afirmação, ressaltou que o desvio patológico que entrava em ação na gênese da Erotomania lhe escapava, mas que negar a existência de algo especial seria inadmissível. O que poderia ele estar querendo dizer com a expressão **algo de especial**? Seria talvez alguma referência à possibilidade de uma causalidade de ordem física ou biológica para a Erotomania? A sequência desse estudo poderá responder que sim.

O fato do delírio erotomaníaco poder ser de ordem psicológica ou de conter, para Clérambault, pelo menos, desde o seu início, elementos psicológicos, tais elementos confeririam ao delírio a possibilidade de grandes variações, tanto relacionadas às características individuais de cada paciente, como também poderiam estar relacionadas às circunstâncias em que o mesmo aparecesse. E fez, a partir daí, uma comparação em relação aos delírios à base do automatismo mental.

A variabilidade acima mencionada é o resultado *do caráter relativamente superficial de um tal delírio*. Ela se encontra, e por uma razão idêntica, nos Delírios Interpretativos. Se nós compararmos os Delírios Passionais àquelas Psicoses que já saem quase completas do Inconsciente, por exemplo os Delírios à base do Automatismo Mental, nós diremos que estes últimos oferecem apenas uma porção reduzida e tardia dos elementos psicológicos; por essa razão, estes casos se reproduzem em série muito mais estereotipadas; suas variações são quase insignificantes, comparadas com os seus elementos fixos (Clérambault, 1921/1942e, p. 399, grifo do autor).

Essa passagem mostrou, com clareza, o reconhecimento de Clérambault quanto às diferenças existentes entre as manifestações delirantes nos diversos tipos de psicose. O que ainda não demonstrou estar muito convincente foi de que esse reconhecimento pudesse estar lhe afastando de suas concepções organicistas tradicionais. Mas, como o seu foco aqui não parecia ser especificamente esse e sim a possibilidade ou não de existir uma Erotomania pura, ele propôs essa indagação aos seus colegas da Sociedade, ao mesmo tempo em que se antecipava às suas respostas dizendo acreditar sim na existência dos delírios erotomaníacos puros, da mesma forma que não tinha dúvidas quanto a existência dos delírios puros de ciúme e de reivindicação.

Em artigo publicado no *Boletim* em julho de 1923 e intitulado *Reflexo óculo-cardíaco nos passionais (Comunicação)*, Clérambault declarou que os delírios passionais são de base fisiológica. Assim sendo, os delírios passionais por possuírem, na sua opinião, uma constituição especial, deveriam também ocupar um lugar especial: “uma vez que são *Delírios de Base Fisiológica*, vamos aproximá-los de outras perturbações delirantes cuja base é fisiológica, isto é, de um lado, a Psicose de Dupla-Forma, de outro lado as Obsessões, Fobias e Impulsões” (Clérambault, 1923/1942e, p. 421, grifo do autor).

Clérambault prosseguiu em suas comparações e destacou que o tônus⁵⁵ fundamental estável do tipo hiper⁵⁶ podia ser observado tanto nos Estados Maníacos das Psicoses de Dupla-Forma⁵⁷ quanto nos Passionais. Destacou apenas o fato dessa hipertonia⁵⁸ ser considerada primitiva entre os primeiros e ideogênica nos Passionais. Entretanto, assegurou que uma vez acionado o processo, haveria muito mais semelhanças do que diferenças entre eles. Esse tipo de abordagem parece ter trazido novamente Clérambault para o foco de suas concepções biológicas.

⁵⁵ Postel (2011) descreveu dois tipos de tônus, ou seja, o tônus cortical e o tônus reticular. Considerou como tônus cortical a intensidade dos processos nervosos cuja sede seria a estrutura nervosa do indivíduo. Quanto ao tônus reticular, definiu como sendo “o conjunto de efeitos ativadores tônicos que o sistema reticular do tronco cerebral exerce sobre a vigilância do córtex e sobre os sistemas motores e vegetativos” (p. 480). Esse tônus teria uma relação direta com os estados de vigilância que o sujeito apresenta em relação a si mesmo e ao mundo exterior.

⁵⁶ Esse tom de hiper foi aqui relacionado por Clérambault, não somente pelo seu aspecto de exaltação do humor, mas, sobretudo, no sentido da sua alteração motora. Segundo Jaspers (1979) esses fenômenos motores são exteriorizados como resultado de uma elaboração interna dos estímulos. Sob o ponto de vista da compreensão interna, era como se a consciência da vontade se colocasse em movimento. Jaspers separa esses fenômenos motores visíveis em neurológico e psicológico. A diferença entre eles resultaria do fato de que entre os últimos, a alteração motora seria resultante de uma anormalidade mental num aparelho motor normal.

⁵⁷ Correspondiam as chamadas psicoses maníacos depressivas e que, mais recentemente, passaram a ser descritas entre os Transtornos Bipolares de Humor.

⁵⁸ Clérambault utilizou o termo *hypertonus*.

Ao tónus estável descrito por Clérambault nos quadros de mania e nos passionais, opunham-se aqueles considerados por ele como sendo de tónus variável. Esse grupo corresponderia àquele descrito por Morel pelo nome de delírio emotivo⁵⁹. Nesses casos, a emotividade pré-estabelecida possuía coloridos especiais e os nós ideo-afetivos⁶⁰ eram pouco estáveis. Quanto maior fosse o suporte fisiológico das ideias, maior seria a estabilidade do nó ideo-afetivo. Exemplifica com os casos de ereutofobia⁶¹. E acrescentou que,

as Paixões repousam em bases fisiológicas profundas, e são estáveis por essa razão. . . . Em resumo, a formação de um nó ideo-afetivo e sua persistência obstinada são dois traços comuns às Paixões e aos Fenômenos Obsessivos, e esses traços se explicam por uma Base Fisiológica (Clérambault, 1923/1942e, p. 422).

No artigo supracitado e publicado em julho de 1923, Clérambault apresentou também uma pesquisa que vinha realizando com os seus pacientes erotomaníacos a partir das respostas do simpático encontradas nos pacientes submetidos ao estímulo do reflexo óculo-cardíaco (R.O.C.)⁶². Ele fez referência a uma paciente de 55 anos de idade, apaixonada por um padre e cujo delírio se mantinha há trinta e sete anos. Clérambault nutria a expectativa de encontrar nessa paciente uma hipertonia simpática, o que, de fato, acabou por se concretizar. Esse mesmo resultado também foi encontrado em uma outra paciente, considerada por ele como não sendo

⁵⁹ Segundo Álvarez, Esteban, & Sauvagnat (2004), o grupo das obsessões, impulsões, conhecidos desde a Antiguidade, mantiveram-se até Freud, relacionados completamente fora do campo das neuroses. Era comum, até então, diante de um sintoma obsessivo ou impulsivo, convertê-los em variedades autônomas de doenças. Dessa forma, eles foram descritos por Pinel entre as manias sem delírio e também entre as monomanias intelectuais de Esquirol. Morel, foi quem iniciou a descrição dessas obsessões no contexto de uma versão afetiva, incluindo-as num grupo que ele denominou pela expressão Delírio Emotivo e que para ele correspondia a um grupo de delírios que parecia ter um relacionamento íntimo com o sistema nervoso visceral ganglionar. Os elementos que formavam a cadeia do delírio emotivo, consistiam de fatos de impressionabilidade e emotividade com predomínio de algumas ideias fixas e atos anormais compromissados de maneira forçada e absoluta com as faculdades intelectuais (Morel, 1866).

⁶⁰ Clérambault acreditava na possibilidade da existência de nós ideo-afetivos de bases orgânicas sobre os quais seriam constituídos os mecanismos geradores dos delírios. Esses mecanismos geradores poderiam ser isolados na forma da pseudo-constatação, no caso de algumas psicoses interpretativas e na forma do Postulado Fundamental, no caso das Psicoses Passionais (Ferreira, 2013).

⁶¹ Trata-se de um medo doentio de se corar, de enrubescer.

⁶² Trata-se de um meio utilizado para exploração do estado de tonicidade do vago e do simpático. Clinicamente é realizado deitando-se o paciente na posição horizontal e com a cabeça apoiada sobre um plano resistente e com uma ligeira inclinação para a frente. Depois de um curto espaço de tempo, mede-se o pulso radial do paciente durante trinta segundos e anota-se. Logo após, fecha-se ligeiramente as pálpebras do paciente, comprimindo-as com o polegar o olho direito e com o indicador o olho esquerdo. Com a outra mão mede-se a pulsação do paciente durante trinta segundos novamente, anotando-a. As modificações possíveis de serem encontradas após as tomadas das pulsações são a redução, o aumento ou manter-se inalterada. Interpreta-se então que o reflexo foi positivo, negativo ou abolido, respectivamente. Alguns autores afirmam que na sífilis o reflexo óculo-cardíaco estaria abolido (Licci, 1921).

de ordem estritamente passional, mas sim emocional. Diante das respostas obtidas, Clérambault afirmou que “os resultados eram mesmo aqueles que nós esperávamos. O Passional, mesmo calmo, contém um tipo hipomaníaco e, por outro lado, o emocional é um Passional no início” (Clérambault, 1923/1942i, p. 449).

O próprio Clérambault considerou que não era possível formar conclusões muito definitivas com as experiências por ele realizadas, havendo necessidade de que a pesquisa pudesse abranger um número maior de pacientes. Por isso mesmo chegou a propor aos seus colegas de Asilos que eles aplicassem esse método aos pacientes passionais que acompanhavam. Admitindo que essas informações ainda eram parciais, não escondeu o seu objetivo de que essa pesquisa poderia demonstrar os substratos fisiológicos existentes na ideação passional. Assim escreveu:

Por outro lado, o teste do R. O. C. pode fornecer apenas informações muito parciais, ele é sumário, enquanto os domínios nervosos questionados são infinitamente complicados. Mas o sintoma obtido, se seu próprio valor é limitado, pelo menos, tem o mérito de ser o protótipo das informações a serem obtidas para demonstrar os substratos fisiológicos da ideação passional (Clérambault, 1923/1942i, p. 450).

E se mostrou convicto quanto ao progresso que a clínica dos delírios passionais poderia demonstrar caso esse e outros sinais equivalentes revelassem resultados de maneira persistente. E assim, as diferenças que os delírios passionais poderiam conter em relação aos demais tipos de delírios poderiam ser demonstradas em seu campo teórico, além de poder justificar a concentração de todos os passionais em um único grupo de psicose.

Realçou também o que ele chamou de um ardor psicofísico, encontrado primariamente em todos os passionais e apenas secundariamente nos outros tipos de pacientes. Tratava-se, segundo ele, de um ardor tanto psíquico quanto físico que se apresentava na forma de desejo ou de ódio e que, na qualidade de um elemento dominador, provocava integralmente todas as construções de julgamento nos casos puros da Erotomania e como um elemento agregador nos casos considerados mistos.

Esse ardor psicofísico foi repetidamente, e muito corretamente, comparado àquele da Mania. Os testes da Paixão seriam, sem dúvida, susceptíveis de demonstrar que as identidades não são apenas superficiais, mas profundas; evidentemente, permaneceria como diferença que o mecanismo de desencadeamento é, no caso da Mania, todo orgânico, e, no caso da Paixão ideogênica; ainda, é preciso considerar, para a Paixão, o fator Iminência

Mórbida⁶³, e a atitude obsessiva, cujas condições orgânicas são evidentes (Clérambault, 1923/1942i, p. 450).

Reconheceu que a aplicação desse teste investigava apenas um dos domínios do simpático, reconhecendo as numerosas subdivisões de seus domínios, além do fato do teste medir apenas o tônus do simpático em relação ao do seu antagonista que é o vago. Mesmo considerando que seria necessário registrar os dois tônus separadamente, ousou supor que os dois estariam, ao mesmo tempo, exaltados.

Em sua intervenção de 1923 sobre a Erotomania secundária, Clérambault declarou ser um grande equívoco considerar a Erotomania como sendo derivada das ideias de defesa e arcaico sustentar integralmente o seu conceito baseado no platonismo. A Erotomania, para ele, sobreviria da mesma fonte de fundo otimista e de orgulho desses pacientes.

3.8 A hipocondria como psicose passional

Clérambault fez a apresentação de um paciente de 25 anos de idade e que foi publicada no *Boletim da Sociedade*, em novembro de 1923, com o título de *Perseguidor hipocondríaco*. Tratava-se de um paciente que após uma consulta médica, passou a acreditar de forma delirante de que o médico teria, intencionalmente, lhe contaminado com a sífilis, após a realização de um toque retal com o dedo infectado e com a contribuição de um algodão sujo para infectar a glândula. Durante o exame o paciente apresentou fadiga, insônia e angústia. Foi descrito também a presença de alucinações auditivas e “extensão do delírio em diversos sentidos (melancolia, obsessão, querulência)” (Clérambault, 1923/1942d, p. 428). O quadro pareceu ter iniciado com sintomas de diversas ordens, tais como depressão, ideias obsessivas, neurastenia e queixas hipocondríacas, aos 22 anos de idade, após a sua primeira e última relação sexual.

Durante as abordagens e observações desse paciente na Enfermaria especial, foi estabelecido, sob a forma de confronto, um contato entre ele e o médico que ele acusava de ter-lhe contaminado com a sífilis. O estabelecimento desse contato não provocou no paciente nenhum tipo de reação assustadora e ao ser indagado por Clérambault sobre o fato de ter

⁶³ Essa expressão foi utilizada por Magnan em relação àqueles indivíduos descritos como sendo degenerados mórbidos. Ele dizia que esses indivíduos se encontravam eternamente nesse estado de iminência mórbida, ou seja, que os degenerados deveriam ser considerados como doentes em potencial e, dessa forma, representavam uma constante ameaça a ser evitada ou antecipada, ainda que os seus principais sinais clínicos não tivessem sido manifestados (Caponi, 2012).

caluniado o doutor, o paciente respondeu que até poderia se arrepender se houvesse a comprovação de que ele não tinha a doença. Na sessão de sua apresentação na Sociedade e ao ser indagado sobre a sua doença, o paciente respondeu que ela estava indo mal. No entanto, Clérambault observou que a sua resposta fora acompanhada de um sorriso. Essa cena ficou assim registrada por Clérambault: “Esse sorriso, rápido e amargo, não é de um melancólico, mas de um hipocondríaco; embora simples nuance, tem um valor prognóstico” (Clérambault, 1923/1942d, p. 437).

Em seus comentários, Clérambault disse que o paciente em questão se encaixava em cinco ordens de fenômenos classificados, a saber: hipocondria, neurastenia, melancolia, pensamento obsessivo e obsessão hipocondríaca. No entanto, considerou como patologia de base a hipocondria e que a ela se adicionava, naquele momento, um estado passional, ou seja, a querulência. Considerou o caso como sendo o de um processo especial e distinto da Hipocondria pura pelo seu caráter estênico, que se mostrava através de sua vontade e de sua tendência aos atos. Observou que entre os estados depressivo e estênico apresentados por esse paciente havia uma continuidade no campo de suas ideias, mas uma oposição no campo da sua afetividade. “a hipocondria é da ordem das emoções tristes, a querulência é da ordem da raiva” (Clérambault, 1923/1942d, p. 438).

Para Clérambault, a duração de um estado passional dependia de cinco fatores:

- “1) viabilidade intrínseca do Tema das Ideias (natureza e lembranças do ambiente).
- 2) Tenacidade habitual do Sujeito.
- 3) Estado afetivo do Sujeito durante a emoção desencadeante.
- 4) Profundidade dessa emoção.
- 5) Conformidade dessa emoção com o caráter do Sujeito” (Clérambault, 1923/1942d, p. 438).

O quadro hipocondríaco desse paciente se organizou a partir de um determinado momento específico, ou seja, a partir da consulta com o médico que lhe faz o toque retal, mas, havia na história desse sujeito características propícias ao aparecimento da Hipocondria. Clérambault considerou os fatores 1 e 2 como sendo fatores gerais e os demais como sendo cruciais, apesar de muitas vezes escaparem da apreciação do médico, tornando-se perceptível apenas através de suas consequências. O fator 5, segundo Clérambault, em muitos casos, só pode ser evidenciado *a posteriori*, sobretudo nos casos dos delírios erotomaníacos e nos delírios passionais cujas causas seriam claramente ocasionais. Reforçou também que a grande maioria dos delírios passionais é de longa duração e que o choque emocional seria o ponto de partida do estado passional duradouro.

Clérambault utilizou a expressão passividade ansiosa para fazer referência àqueles momentos imediatamente anteriores ao surgimento do delírio hipocondríaco propriamente dito, isto é, aquele momento de expectativa da dor, respiração e coração “apertados” e com o paciente se deixando martirizar. Dessa forma, o choque aconteceria num momento de emoção difusa e por esse motivo, suficiente para que a cristalização passional acontecesse. Haveria assim uma receptividade passional nesses pacientes que possibilitaria a cristalização afetiva súbita e a eclosão delirante. Esse mecanismo seria comum aos vários estados passionais – erotomania, hipocondria, reivindicação – assim como aos quadros do tipo hipomania, embriaguez patológica e nos casos de embriaguez em sua forma psíquica. Nessas últimas, a cristalização afetiva súbita se produziria no curso de um estado emocional difuso e consequente a um choque emocional que poderia ser considerado como mínimo.

3.9 Delírios passionais, Embriaguez Psíquica, caráter e emotividade

No mesmo curso da leitura relacionada à aplicação dos delírios passionais aos outros quadros clínicos já conhecidos, Clérambault tentou estabelecer também algumas analogias entre esses delírios e aqueles apresentados pelos pacientes em seus estados de Embriaguez Psíquica considerando que, em todas essas situações, deveria ter-se em mente o impacto de um choque emocional, a fixação da emoção e o estado de instabilidade do sujeito que antecede ao choque. Com relação a este último, haveriam duas causas: uma atual e outra anterior. A causa atual seria a embebição. Quanto a causa anterior, considerada por Clérambault como fundamental e quase específica, seria composta pelo “esgotamento nervoso, especialmente por insônia e por tristeza; o isolamento moral, arrependimentos, preocupação” (Clérambault, 1923/1942d, p. 442). Tudo isso estaria na origem dos casos da Embriaguez Psíquica, não necessariamente havendo, no entanto, uma continuidade entre o conteúdo das preocupações reais do sujeito com a temática delirante. Como todo esse mecanismo poderia também influenciar, em sua opinião, os casos de Embriaguez Patológica, Clérambault, numa comparação entre esses dois tipos de embriaguez disse que nas formas agressivas e motoras da Embriaguez Patológica, o quadro delirante teria uma duração mais curta, enquanto que nos casos de Embriaguez Psíquica ele seria mais durável.

Dessa forma, para Clérambault os delírios passionais com explosão súbita teriam em comum com os casos de embriaguez delirante algumas características: “1º Estado preliminar de fadiga, sobretudo moral, e de emotividade difusa; 2º Choque mínimo amplificado sem medida; 3º Sistematização instantânea duradoura” (Clérambault, 1923/1942d, p. 442).

Para uma aproximação entre os estados hipomaníacos, de embriaguez e de estados passionais puros, Clérambault formulou as seguintes regras:

- 1º um estado de instabilidade emocional favorece o surgimento de sínteses passionais duradouras;
- 2º Não há necessariamente uma relação afetiva nem do campo das ideias entre as causas do estado instável e a síntese passional decorrente;
- 3º Entretanto uma similaridade entre o estado preliminar e o choque favorece a estabilidade da síntese (Clérambault, 1923/1942d, p. 443).

Por fim, quanto às relações existentes entre os delírios passionais, o caráter e a emotividade, afirmou que os delírios passionais não derivam exclusivamente do caráter e que nem tampouco a emotividade é suficiente para explicá-los, sobretudo pelo fato de que a maioria dos emotivos não desenvolve delírios passionais. O caráter cria, em sua opinião, apenas uma tendência para determinados tipos de emoções. Dessa forma, Clérambault definiu os delírios passionais como sendo um grupo clínico enquanto que o caráter, a emotividade e a própria degenerescência, fariam parte de uma etiologia geral.

Em resumo, o grupo dos delírios passionais desenvolveria circunscrevendo-se em um determinado setor através de uma exaltação passional diretamente conectada ao tema de seu delírio. Esse tema poderia ter entre as suas principais características, a reivindicação, a hipocondria, o ciúme, a erotomania entre outros que, uma vez estabelecido, originaria quadros muito bem definidos, entre os quais, a Erotomania pura poderia ser nada mais do que um deles.

3.10 Prejuízo e despeito caracterizando quadros não passionais

Em março de 1921, Clérambault fez a apresentação de uma paciente que apresentava um delírio de prejuízo associado a uma tonalidade de humor significativamente otimista. Essa apresentação foi publicada no *Boletim da Sociedade Clínica*; no entanto, esse texto era o oitavo e o último que Clérambault havia entregue a cada um de seus alunos, antes de morrer. Foi entregue dentro de um envelope, juntamente com algumas cópias de fotografias de pacientes com psicoses passionais (Clérambault, 1921/1942a, nota de rodapé).

Tratava-se do caso de uma paciente de 56 anos de idade e que no período pós-primeira guerra mundial, sentia-se abusada no mercado onde fazia suas compras, alegando que tudo aquilo que ela adquiria tinha um preço muito superior ao cobrado das demais pessoas. Chegou, por causa dessas crenças, a se envolver em discussões com os comerciantes, algumas vezes

mostrou-se agressiva, quebrando objetos e rasgando sacolas e, por mais que seu marido lhe dissesse que os preços estavam mais altos em função da carestia provocada pelas consequências da guerra, ela não tinha dúvidas de que os altos valores dos alimentos eram cobrados somente dela.

Segundo Clérambault esse delírio foi precedido por uma fase de desconfiança geral e sua internação foi aceita com facilidade pela paciente, o que, segundo ele, seria uma característica totalmente contrária àquela dos querelantes. Clérambault também aproveitou esse caso para estabelecer algumas diferenças entre os delírios de prejuízo encontrados nos idosos – para ele um fato extremamente comum daqueles momentos em que eles se sentem constantemente roubados – e o delírio apresentado por essa paciente que, de acordo com a sua avaliação, não apresentava nenhum sinal de envelhecimento prematuro.

Assim, ao contrário dos delírios dos idosos, onde o prejuízo possuía características bem difusas, no caso dessa paciente, assim como nos pacientes considerados não senis, o tema esteve circunscrito, limitado a apenas um fato e trouxe consigo a possibilidade de se precisar a data em que ele iniciou. Veio também acompanhado de um movimento emocional que se prolongou em um estado passional. Colocou em jogo a vontade da paciente, tão logo eclodiu, através de sua característica reivindicatória. Ao contrário dessa paciente que frequentemente se mostrava bastante otimista, nos pacientes senis, o humor era caracterizado pela acrimônia. E caso eles viessem apresentar algum otimismo, ele ocorreria apenas por ocasião do avanço de seu quadro demencial (Clérambault, 1921/1942a).

Num outro artigo de 1927, Clérambault teceu alguns comentários sobre as ameaças ou tentativas de suicídio que algumas meninas jovens, entre dezesseis e dezoito anos, quadro esse extremamente raro entre os jovens do sexo masculino da mesma faixa etária. Tais meninas ameaçavam se jogar debaixo do bonde ou no rio Sena, como consequência de leves frustrações. Neste estado, elas eram encaminhadas para a Enfermaria especial, local onde Clérambault as mantinha internadas por alguns dias, mesmo contra a vontade delas. Aplicava-lhes um emético a base de ipecacuanha⁶⁴. Tratava-se, segundo ele, de “um emético bastante ativo, e, durante horas, elas permanecem livres de todas as preocupações que as afetavam; seu organismo se recompõe e sua tristeza é esquecida” (Clérambault, 1927/1942c, p. 448).

O destaque fornecido a esse artigo, nesse momento, se deveu ao fato de que essas tentativas de suicídio foram consideradas por Clérambault como sendo da ordem do despeito.

⁶⁴ Trata-se de uma planta medicinal, da família das rubiáceas e cujas raízes têm propriedades eméticas. Também são conhecidas pela sua forma abreviada: ipeca (Fernandes, Guimarães, & Luft, 1992).

Outro aspecto digno dessa ênfase deve-se ao fato dele ter se aproveitado desses casos para chamar a atenção para a não existência de limites muito precisos que pudessem demarcar as diferenças entre os atos praticados por essas jovens e aqueles praticados pelos pacientes que apresentavam estados passionais mais graves.

3.11 Considerações finais

Na década de 1930, uma série de teses em medicina que faziam referência à Erotomania foi defendida em Paris. Todos esses trabalhos – dos quais, talvez, a tese de Lacan (1932) seja um dos mais conhecidos – tendiam a relacionar a Erotomania aos delírios crônicos de perseguição, de prejuízo e de influência, que nada tinham a ver com o que a expressão **Síndrome de Clérambault** designava na psiquiatria francesa (Haustgen & Gumper, 2012). Surpreendentemente, a Síndrome de Clérambault, entendida como sinônimo de Erotomania, reapareceu mais tarde na psiquiatria americana, tendo inclusive sua referência sido incluída no DSM-III-R (1987/1989) e no DSM-IV (1995) como sendo uma das modalidades de transtorno delirante – o tipo erotomaníaco.

Ruiz, Sadock, & Sadock (2017) colocaram a Erotomania como um dos tipos de Transtorno Delirante e Transtorno Psicótico Compartilhado, ou seja, Tipo erotomaníaco. Afirmaram que a Erotomania podia ser referida como sinônimo de Síndrome de Clérambault ou *Psychose Passionelle*. Eles descreveram ainda que “esses pacientes também tendem a ser solitários, retraídos, dependentes e sexualmente inibidos, bem como a ter níveis baixos de funcionamento social ou ocupacional” (p. 334).

4 O Automatismo Mental

O conceito de Automatismo Mental na obra psiquiátrica de Clérambault foi construído ao longo das experiências clínicas acumuladas no exercício de seus trabalhos no interior da extinta Enfermaria especial entre os anos de 1905 e 1934 (Girard, Maurel, Moron, & Tisseron, 1993). Certamente pode ser considerada como uma das principais contribuições científicas de sua carreira profissional, até pelo seu caráter de originalidade.

O próprio Clérambault confessava ter utilizado essa terminologia de forma provisória, mostrando-se sempre aberto e a procura da substituição desse termo por um outro que pudesse definir melhor a Síndrome sobre a qual se debruçava, tendo sofrido alguns questionamentos e alguns dissabores por assim tê-la nomeada, em grande parte pelas aproximações que o termo Automatismo Psicológico criado por Pierre Janet pudesse trazer. Entretanto, os conceitos de Automatismo Mental e Automatismo Psicológico eram radicalmente diferentes e referiam-se a abordagens epistemológicas diametralmente opostas sobre a doença mental. Dentre tantas diferenças, pode-se destacar, de início, que o primeiro termo foi edificado na concepção de uma perspectiva organicista de doença mental e o segundo, totalmente influenciado pela dimensão psicogênica. Além disso, o Automatismo Psicológico era considerado interno à consciência enquanto que o Automatismo Mental foi definido por um conjunto de sintomas surgidos fora do campo da consciência do sujeito (Plon & Roudinesco, 1998).

Por ocasião do Congresso de Blois, em 1927, Clérambault iniciou sua apresentação fazendo a seguinte referência:

Eu não tenho que falar de Automatismo Psicológico normal ou qualquer uma das formas inumeráveis de Automatismo Mórbito. Evitei usar a palavra Automatismo, o que dá origem a muitos equívocos. Só me referirei à Síndrome, o objeto exclusivo do meu estudo, pelo termo Síndrome S (Clérambault, 1927/1942a, pp. 587-588).

Ainda que essa preocupação tenha sido revelada publicamente por Clérambault, outro termo parece não ter sido encontrado, nem por Clérambault, nem por algum de seus colegas psiquiatras e que pudesse, enfim, ter possibilitado a sua substituição. Aliás, nem mesmo o esforço de nomear provisoriamente a Síndrome pela letra **S**, mostrou-se eficaz. Talvez até pelo fato de que esse tipo de discussão, efetivamente, não era o que o mobilizava em seu espírito clínico e científico. O que permaneceu para o legado histórico da psiquiatria foi mesmo a alcunha Síndrome do Automatismo Mental de Clérambault.

No entanto, todo esse esforço não se mostrou suficiente para impedir que a posteridade acadêmica passasse a operar o conceito compreendido na Síndrome do Automatismo Mental em contextos que escapassem radicalmente os pressupostos que sempre nortearam as pesquisas de Clérambault acerca das doenças mentais, ou seja, os princípios organicistas que sustentavam as suas concepções acerca da patologia mental. Como já foi mencionado, esse caminho foi trilhado, sobretudo, pelas escolas psicanalíticas em consequência da referência de Lacan ao seu mestre Clérambault. Essa confirmação pode ser encontrada através dos inúmeros trabalhos disponíveis no meio acadêmico escritos por Miller (2016), Czermak (2009), Tiszler (2009), Ferretto (1999/2009), Meyer (2008), Zanotti & Maurício (2014), Beneti (2005), Barreto (2012), Harari (2008), Martínez (2015), Herrera (2015), Matilla (2015), entre tantos outros.

Na expectativa de retomar a formulação desse conceito, tendo-se como princípio a originalidade das ideias de Clérambault e a sua tentativa de encontrar um ponto de partida para a elucidação psicopatológica das psicoses é que esse trabalho de pesquisa se orientará a partir de agora. As Psicoses Alucinatórias Crônicas, símbolo da nosologia psiquiátrica francesa de sua época, serviram de estímulo e sustentáculo para o avanço de suas pesquisas e observações. Com esse seu trabalho, Clérambault acreditava também poder recolocar esse grupo de psicoses no campo da neurologia e, enfim, fazer com que a psiquiatria também pudesse retornar ao lugar de onde partiu.

Em 1923 e 1924, na Sociedade Clínica de Medicina Mental, com base nos fenômenos de caráter mecânico e na identidade das psicoses alucinatórias criptogenéticas com nome de psicoses de etiologia conhecida, eu acreditava poder proclamar que as psicoses alucinatórias voltariam para a neurologia (Clérambault, 1934/1942, p. 609).

4.1 Definição de automatismo mental

Clérambault começou a fazer os registros acerca do fenômeno do automatismo mental, ainda que de maneira incompleta, a partir da expedição de seus laudos, consequência dos trabalhos realizados como médico psiquiatra na Enfermaria especial e datam de 1905 (Barros, & Campos, 2002). A partir de 1906, o automatismo passa a ser comumente apresentado em seus certificados, como basal, ou seja, era encontrado na base da maioria dos quadros psicóticos e tóxicos examinados, afirmava o próprio Clérambault. E como uma das funções do serviço em que trabalhava era encaminhar os pacientes ali acolhidos para tratamentos mais prolongados nos hospícios de Paris e de seus arredores, rapidamente essa terminologia foi sendo absorvida

e difundida no meio psiquiátrico, obtendo, inclusive, o reconhecimento de dois de seus ilustres mestres em psiquiatria, Valentin Magnan (1835-1916) e Gilbert Ballet (1853-1916). (Clérambault, 1924/1942a).

A formatação do conceito de Automatismo Mental começa a ganhar corpo e em abril de 1909, Clérambault publica no *Boletim da Sociedade Clínica* um trabalho sobre as Psicoses Alucinatórias onde surge a sua primeira concepção de Automatismo Mental como gerador de delírios. Nele, Clérambault afirmou que

quando se trata de alcoolismo agudo ou subagudo, eu creio que o termo alucinose não é suficiente, as alucinações constituem apenas uma parte de um automatismo mental que se manifesta sob todas as formas. Nós todos vimos frequentemente alcoolistas nos quais os fenômenos de automatismo mental eram predominantes (Clérambault, 1909/1942b, p. 455).

Essa sua manifestação ocorreu em consequência dos diversos casos apresentados e definidos como Alucinose, acerca dos quais Wernicke fez referência aos delírios alucinatórios puros como tendo ocorrido quase que exclusivamente sobre os terrenos epilépticos, alcoólicos ou da Paralisia Geral. Em oposição a essa afirmação, Clérambault disse que a alucinação só poderia se tornar uma entidade clínica se ela se apresentasse espontaneamente na forma de um automatismo puro. Por automatismo puro ele compreendia que esse quadro, assim definido, não poderia contar com a ajuda de uma tonalidade emocional, nem de um trabalho intelectual, quadro esse que ele acreditava já ter visto anteriormente na presença do Dr. Garnier.

Posicionou-se ainda totalmente contrário à possibilidade de interpretar o automatismo como sendo apenas um dos resultados dos delírios persecutórios. O automatismo já desempenhava aqui, para ele, um importante papel causal na formação desses delírios, tese que ele só veio estruturar melhor anos após. “Assim, como há delírios inteiramente interpretativos, também no outro extremo da série de casos, deve haver delírios exclusivamente condicionados, pelo menos em seu estágio inicial, pelo automatismo mental” (Clérambault, 1909/1942b, p. 456).

Em 1920, Clérambault apresentou, através de artigo, relatos clínicos de três pacientes nos quais os fenômenos do automatismo se apresentaram como consequência de um quadro de cisão do eu. No primeiro caso apresentado, a paciente falava dela mesma como se uma outra pessoa lhe habitasse. Os três casos foram apresentados como exemplos de que o Automatismo Mental independia de toda e qualquer atividade delirante-alucinatória. Clérambault os apresentou como testemunhos de que o automatismo fosse sim a base para o desencadeamento

da maioria dos quadros psicóticos então descritos e conhecidos a partir da cisão da personalidade do indivíduo (Clérambault, 1920/1942a).

Em seu início, os fenômenos presentes eram puramente psíquicos e, muitas vezes, passavam despercebidos. Em 1924, tendo por objetivo a definição do Automatismo Mental, Clérambault afirmou que entendia por Automatismo os fenômenos clássicos, a saber: pensamento antecipado, enunciação dos atos, impulsões verbais e tendência aos fenômenos psicomotores. Nesse primeiro momento, o quadro não comportaria delírios, nem mesmo nenhum tipo de alucinação. As alucinações auditivas e as alucinações psicomotoras não comporiam esse quadro inicial (Clérambault, 1924/1942a).

Nesse mesmo artigo, Clérambault disse acreditar que ao isolar os fenômenos acima descritos, introduzia inovações no pensamento psiquiátrico de sua época, sobretudo por fazê-los acompanhados das seguintes características: possuírem um teor essencialmente neutro, sobretudo em seu início; possuírem um caráter não sensorial e constituírem-se no papel inicial no decurso da psicose.

O teor essencialmente neutro seria caracterizado pelo fato desses sintomas consistirem apenas na duplicação do pensamento, não comportando, portanto, nenhum tipo de hostilidade, nenhuma alteração do humor, não produzindo, enfim, nenhuma mudança no caráter do paciente. Tratava-se de um processo primitivo e susceptível de permanecer por um longo tempo ou até mesmo indefinidamente em seu estado puro, sendo que sozinho, ele era incapaz de fabricar uma ideia de perseguição. Ao subsistir em seu estado puro, poderia até mesmo produzir no paciente uma tendência discretamente otimista. (Clérambault, 1920/1942a).

O caráter não sensorial pode ser observado pela presença de pensamentos em sua forma indiferenciada, constituído por uma mistura de abstrações e não possuindo ainda nenhum elemento sensorial definido.

Seu papel inicial estava relacionado ao fato dos seus sintomas constituírem-se nos primeiros sinais da psicose, contrariando as argumentações até então vigentes de que tais sintomas seriam complicações tardias das manifestações psicóticas. Ele também assegurava o caráter atemático e anideico na inauguração dos processos psicóticos.

O Automatismo Mental assim definido é um processo autônomo; ele se encontra muito frequentemente isolado, ele não comporta por si mesmo nenhum delírio, e um delírio pode vir a se juntar a ele somente muitos anos depois do início (Clérambault, 1924/1942a, p. 493, grifo do autor).

O Automatismo Mental era caracterizado, portanto, em sua fase inicial, pela apresentação de fenômenos puramente psíquicos. Somente após esse quadro inicial é que esses fenômenos irromperiam os registros verbal e ideo-verbal do indivíduo, completando o quadro com os fenômenos da esfera sensitiva e motora. Esses últimos, receberam de Clérambault as denominações de Automatismo Sensitivo e de Automatismo Motor. O quadro completo passaria então a ser denominado por Triplo Automatismo e que, segundo o autor, no seu conjunto, eles esclareciam a sua natureza.

4.2 Automatismo mental: o início

Essa síndrome alucinatória foi caracterizada pelo seu funcionamento automático, espontâneo e dissidente de uma parte da atividade psíquica. Ela fazia com que o paciente não se sentisse mais dono das suas vontades com a sensação intensa de que alguma força estranha e exterior controlava toda a sua atividade psíquica, dirigindo os seus atos, os seus pensamentos e as suas percepções. (Shahidi & Tribolet, 2005).

Alguns desses sintomas marcavam, para Clérambault, o início da psicose e eram considerados por ele como sendo os sintomas anunciadores da psicose. Tratava-se de uma série de fenômenos que constituíam uma síndrome que ele preferiu chamar de Pequeno Automatismo ou ainda Síndrome da Passividade⁶⁵. Esse quadro era composto por fenômenos estrangeiros e sutis, de maneira geral, reconhecidos por ele como puramente psíquicos, pelo fato de não terem sido evidenciadas alterações afetivas nesses pacientes.

Os principais sintomas que compunham o Pequeno Automatismo eram:

a) as intuições abstratas e as fantasias abstratas, nas quais os pacientes manifestavam a intenção de fazer algo que, definitivamente, nunca era colocado em prática. Na verdade, elas compunham um fenômeno de maior espectro e que pode ser encontrado em alguns artigos e apresentações de Clérambault pelo termo emancipação dos abstratos.

O pensamento se emancipa sob forma indiferenciada ou totalmente silenciosa; é a alucinação estritamente Psíquica (Baillarger, Séglas, Kandisky); nós poderíamos chamá-la, talvez também, Alucinação Abstrata⁶⁶. O fenômeno é bem

⁶⁵ Síndrome de Interferência, Síndrome do Parasitismo ou de Coação foram outros termos utilizados pelo próprio Clérambault para fazer referência a esse mesmo quadro.

⁶⁶ Esse termo foi o escolhido para ser usado por Clérambault, no entanto, muitos autores consideravam esse fenômeno como uma alucinação estritamente psíquica. Dessa forma, Baillarger (1809-1890) introduziu o termo Alucinação Psíquica para caracterizar uma falsa percepção na ausência do caráter sensorial, diferenciando-se das alucinações psicossensoriais nas quais há implicação de um ou dos vários órgãos dos sentidos. Caracteriza-

conhecido em si; seu interesse é de aparecer no início e na base de um Automatismo Mental (Clérambault, 1924/1942c, p. 507).

b) *dévidage muet des souvenirs*⁶⁷, fenômeno que representava um desfile de elementos ideicos, representativos e afetivos que o paciente sofria passivamente, sentido por ele como sendo estrangeiro. Era como se as lembranças se sucedessem diante do paciente, espontaneamente. Esse quadro “se anexa às A. Psíquicas” (Clérambault, 1924/1942c, p. 507).

c) desaparecimento de pensamentos, os esquecimentos: os pacientes pensam num determinado objeto e um pensamento se conecta a ele porém, logo esse pensamento desaparece. Às vezes, o próprio objeto desse pensamento desaparecia também subitamente e ele, então, se queixava de não mais saber no que pensava. “Meu pensamento desaparece subitamente, alguém me faz esquecer, alguém me para” (Clérambault, 1924/1942c, p. 507), queixava-se um paciente de Clérambault.

d) as interrupções do pensamento, o vazio do pensamento, a perplexidade e as expectativas: muitas vezes os pacientes interrompiam de forma inesperada o curso de seus pensamentos e depois de alguns instantes, voltavam a completá-los ou iniciavam um ciclo completamente diverso do anterior; o paciente também podia se queixar de não saber mais no que pensou e percebia apenas fragmentos do seu pensamento e que não mais se ligavam entre si; esperava por pensamentos que não mais vinham. Era como se houvesse uma nuvem em sua cabeça e não mais lhe permitisse pensar em nada. Clérambault chamou a atenção para a possibilidade desse sintoma poder ser encontrado no início dos quadros de alguns pacientes com Paralisia Geral.

e) falsos reconhecimentos, semelhanças, estranhezas: pacientes reclamavam de serem forçados a reconhecer algumas pessoas que nunca sequer tinha visto; quando se sentia cansado, via nas pessoas um olhar engraçado ou esquisito. Apesar de Clérambault reconhecer que se tratavam de sintomas bem conhecidos e percebidos em outros grupos de pacientes, chamou a atenção para o fato de serem sintomas integrantes dos quadros de Automatismo Mental. “Quando eles são verificados nos Perseguidos, nós os explicamos pela interpretação” (Clérambault, 1924/1942c, p. 508).

f) passagem de um pensamento invisível: “é o reconhecimento aplicado ao vazio ou a um objeto subconsciente e transitório” (Clérambault, 1924/1942c, p. 508). Foi descrito como um

se, então, pelas ausências de sensorialidade e espacialidade, possuindo uma exclusiva representação mental. (Tribolet & Shahidi, 2005.).

⁶⁷ Poderia ser traduzido pela expressão **desenrolar mudo de lembranças**, entretanto, pareceu melhor mantê-la aqui em seu idioma original. Maurel (1993) a aborda como uma metáfora e propõe que talvez fosse melhor colocá-la entre as expressões idiomáticas utilizadas por Clérambault.

pensamento fugitivo, que é reconhecido sem ter sido definido. Desaparecia muito rapidamente. Clérambault o definia como sendo uma combinação de um reconhecimento antecipado e de um esquecimento. Ele apresentou o caso de uma paciente internada, de 32 anos, que se expressava da seguinte forma: “Sim, sim, ISSO ACONTECE ANTES QUE EU TENHA TEMPO DE COMPREENDER” (Clérambault, 1924/1942c, p. 496, grifo do autor).

g) substituição do pensamento: constantemente um pensamento vinha substituir um outro que se encontrava em curso. Era como se o paciente estivesse sempre começando a pensar algo que não se concluía.

h) ideorreia: tratava-se de um desfile de pensamentos adventícios ou estrangeiros. Clérambault identificava tais pensamentos adventícios como aqueles que numa pessoa normal poderiam ser considerados como pensamentos reprimidos. Aqui, eles ficariam mais evidentes porque são vivenciados pelos pacientes como impostos. “Talvez, no entanto, por serem governados por processos mecânicos elementares, sua rapidez de sucessão é maior do que a dos pensamentos sintéticos que são o pensamento claro normal” (Clérambault, 1924/1942c, p. 508).

i) aprosexia: definida como a incapacidade apresentada pelo paciente de conseguir se concentrar em uma ideia e que, muito frequentemente, estaria ligada à ideorreia. Clérambault ressaltou que um fato muito curioso, em sua opinião, agravava a aprosexia. Tratava-se da tentativa do paciente se esforçar para concentrar sua atenção em um determinado tema e isso dispersá-lo ainda mais.

j) jogos verbais parciais: eles se constituem na emancipação de frases articuladas ou de fragmentos de frases, palavras explosivas, palavras deformadas, palavras estranhas, *kyrielles de mots*⁶⁸, jogos silábicos, ou entonações bizarras. “Esses jogos silábicos ou verbais têm constantemente duas características, o gosto pelo esquisito e o sentido harmônico. Esses dois traços são frequentes no trabalho subconsciente (hipnagógico, insônia, mania) e no pensamento primitivo (poesia, bruxaria)” (Clérambault, 1924/1942c, p. 509). Clérambault colocou esses jogos verbais como precoces, na série dos fenômenos do Automatismo Mental e, por isso, na sua opinião seria mais um argumento a favor de sua concepção mecânica e contra a antiga concepção ideogênica dos delírios de perseguição.

Todos esses fenômenos considerados elementares, possuem algumas características em comum tais como a ausência de sensorialidade, ou seja, as experiências desses pacientes não são objetivadas pelos órgãos dos sentidos, tais como as alucinações psíquicas, por exemplo. A neutralidade afetiva, na qual o paciente vivencia tudo isso de maneira passiva, além dos

⁶⁸ Cascatas de palavras.

fenômenos serem anideicos e atemáticos, quer dizer, as percepções alucinatórias são vivenciadas na ausência de ideias delirantes ou ainda, de toda e qualquer temática delirante. (Shahidi & Tribolet, 2005).

Movido pelo atomismo que o caracterizava, Clérambault subdividiu os fenômenos acima descritos, componentes do Pequeno Automatismo, em Processos Positivos Subcontínuos, Processos Positivos Episódicos, Processos Negativos e Processos Mistos. Entre os primeiros destacam-se a emancipação dos abstratos, o fenômeno do *dévidage muet des souvenirs* e a ideorreia. Os Processos Positivos Episódicos, seriam representados pelos sintomas relacionados aos sentimentos intelectuais, tais como os falsos reconhecimentos, as semelhanças e as estranhezas. Dos Processos Negativos fariam parte as inibições do pensamento acompanhadas dos sentimentos intelectuais que provocariam, ou sejam, os desaparecimentos de pensamentos, os esquecimentos, as interrupções do pensamento, os vazios, a perplexidade, as expectativas e a aprosexia. Por fim, os Processos Mistos – negativos e positivos – seriam representados pelos esquecimentos e contribuições, substituições do pensamento e pela passagem do pensamento invisível. (Álvarez, Esteban & Sauvagnat, 2004).

O eco do pensamento, outro sintoma importante a ser relacionado, recebeu por parte de Clérambault uma elaboração toda especial por considerá-lo como tendo sido o elemento primordial do Automatismo Mental. Devido a importância que ele adquiriu em sua obra, lhe será dedicada uma atenção especial na sequência desse capítulo.

4.3 O grande automatismo mental

O Pequeno Automatismo Mental poderia seguir diversos cursos. Ele poderia desaparecer, adquirir uma forma remissiva ou ainda organizar-se na forma de um completo Automatismo Mental.

Com a psicose seguindo o seu curso natural, a arquitetura completa do Automatismo Mental se organizaria, apresentando-se, então, nas suas duas partes. A primeira, corresponderia aos fenômenos mais sutis, elementares, iniciais e prodrômicos, conforme foram descritos acima, compondo o quadro do Pequeno Automatismo. A esses sintomas iniciais se somariam outros de forma a compor um quadro mais exuberante e denominado, por Clérambault, como Grande Automatismo ou Triplo Automatismo Mental. Este quadro seria caracterizado pela presença dos fenômenos alucinatórios vividos nas suas ordens sensitiva e sensorial, motora e ideoverbal. (Shahidi & Tribolet, 2005).

4.3.1 Automatismo sensitivo e sensorial

Esse automatismo foi caracterizado e constituído pelas alucinações, fossem elas auditivas, visuais, gustativas, olfativas ou cenestésicas. Tratava-se, na verdade, da experimentação por parte do paciente das mais variadas falsas percepções, todas elas experimentadas no contexto de um verdadeiro parasitismo: visões, imagens coloridas, odores de toda e qualquer espécie, gostos bizarros, formigamentos, parestesias, pruridos, espasmos, impressões voluptuosas, de prazer ou de dor, na região ano-genital. Clérambault afirmou que “no automatismo sensitivo, nós compreendemos todos os tipos de sensibilidade. Geralmente, vários tipos de sensibilidade são afetados simultaneamente. *Encontra-se, no entanto, automatismos monótonos* (Clérambault, 1925/1942, pp. 532-533, grifo do autor).

A descrição de fenômenos sensitivos e sensoriais anormais apresentados pelos pacientes psiquiátricos em seus mais diversos quadros, já fazia parte das descrições psicopatológicas em psiquiatria há mais de um século. O termo alucinação, por exemplo, foi descrito pela primeira vez, em psicopatologia, por Esquirol e classicamente vem sendo definida como uma percepção sem objeto (Cheniaux, 2015). Foi possível encontrar também, nas mais variadas descrições psicopatológicas de Clérambault, referências à inúmeras espécies de sensações anormais vivenciadas pelos seus pacientes, em seus mais diversos quadros psíquicos. No entanto, a primeira vez que ele utilizou a expressão Automatismo Sensitivo em seus registros parece ter sido em decorrência de uma apresentação de doente e publicada em abril de 1920 no *Boletim da Sociedade de Clínica Mental* sob o título de *Automatismo Mental e Cisão do Eu*. Tratava-se de um paciente do sexo masculino, 37 anos de idade e em cujo certificado constava as descrições relacionadas ao alcoolismo, depressão e distúrbios sensoriais e psicomotores. Clérambault disse que esse paciente, com duas passagens pela Enfermaria especial, havia feito o seu delírio alcoólico, sobretudo, sob a forma de um automatismo mental. Observou também que o seu paciente, internado, curava-se rapidamente de seu automatismo mental, do mesmo modo que os alcoolistas e os maníacos, em geral. Escreveu também que tais automatismos eram muito frequentes no alcoolismo subagudo, mas que muitos deles permaneciam por um certo tempo, praticamente monossintomáticos, não apresentando outra coisa que não fosse relacionada aos seus distúrbios de caráter, ou as alucinações visuais, ou alucinações auditivas ou, enfim, um automatismo mental. Sobre esse paciente, descreveu:

Nosso paciente apresenta perturbações cenestésicas. Nos alcoolistas, todos os processos podem aparecer, dessa maneira, por produção simultânea, sem que

nenhum deles derive dos outros. As perturbações cenestésicas ocorrem, nesse paciente como nos outros, durante o automatismo mental. Elas constituem um automatismo sensitivo (Clérambault, 1920/1942a, p. 463).

Clérambault frisou também, nesse momento, que os distúrbios cenestésicos, nos pacientes crônicos, com muita frequência se associavam ao Automatismo Mental e que se tratavam de distúrbios puramente passivos. Acreditava que as causas do despertar desses distúrbios cenestésicos eram de ordem central, exatamente como eram os distúrbios do Automatismo Mental e que as perturbações relacionadas às cenestopatias eram uma forma de Automatismo Sensitivo.

Em uma intervenção feita por ocasião de uma discussão relacionada a uma comunicação de Sérieux e Codet e que foi publicada em outubro de 1923, nos *Annales médico-psychologiques*, com o título de *Um delírio de perseguição benevolente*, Clérambault escreveu que “na maioria dos Perseguidos Alucinados, não se constata o Caráter Paranoico e a Ideia de Perseguição não é a origem do delírio. Os mecanismos geradores são o Automatismo Mental, o Automatismo Sensitivo e o Automatismo Motor, separados ou reunidos” (Clérambault, 1923/1942a, p. 468, grifo do autor). Nesse momento, Clérambault dizia que, apenas em parte, os fenômenos do Automatismo Mental tendiam, por eles mesmos e até certo ponto, a se orientarem pela noção de hostilidade e que o mesmo acontecia com relação ao Automatismo Sensitivo. Exemplificou, nesse momento, as parestesias como sendo manifestações do Automatismo Sensitivo.

Em dezembro desse mesmo ano, durante as discussões decorrentes de uma apresentação de doente com diagnóstico de Psicose Alucinatória Crônica, Clérambault observou que havia uma total falta de organização temática entre os fenômenos iniciais do Automatismo Mental e que essa característica lhe fazia acreditar que o processo histológico irritativo e de progressão serpiginosa se encontrava em sua base etiológica. Todo esse processo faria resultar “pruridos dispersos, então cada vez mais confluentes, atacando em primeiro lugar os elementos menos resistentes para se estender aos mais resistentes, misturando as suas falsas conexões às conexões pré-estabelecidas, cujas persistências esporádicas permitem coerências parciais” (Clérambault, 1923/1942j, p. 486). Ele acreditava que todo esse processo poderia ser melhor representado, comparando-se o Automatismo Sensitivo ao Automatismo Motor, que se produziam, geralmente, ao mesmo tempo que ele. Por tudo isso, ele se mantinha firme em seus propósitos de que esses dois tipos de automatismos jamais poderiam encontrar na ideogenia qualquer de suas explicações. Entre todos os distúrbios sensitivos existentes, para ele esse mecanismo

poderia encontrar a sua maior comprovação naqueles mais circunscritos como, por exemplo, os olfativos.

Em 23 de dezembro de 1923, Clérambault emite um certificado de internação para uma paciente de 48 anos de idade e com o nome de Maria. Durante suas observações na Enfermaria especial, ele descreveu os seguintes fenômenos relacionados ao que reconheceu como sendo da ordem de um Automatismo Sensitivo:

Odores ruins. Gostos de venenos; exaltado nos seus alimentos, micróbios no copo. “Há um mês a Polícia quer me envenenar; há três semanas eu não como mais.” Energizada, se defende pelos sinais da cruz e orações. Há três dias, rádio⁶⁹ na cabeça, eletrização abdominal (Clérambault, 1924/1942c, p. 519, grifo nosso).

A partir de 1920, então, em várias outras passagens, Clérambault fez referências a esse tipo de automatismo, sempre relacionado às vivências anormais de caráter sensitivo-sensoriais, relatadas pelos pacientes que acompanhava.

4.3.2 Automatismo psicomotor

Caracterizado clinicamente, sobretudo, pelas impressões cinestésicas ou motoras de onde, provavelmente, se originava a denominação para esse tipo de Automatismo. Pacientes relatavam movimentos parasitas, sensações de deslocamentos impostos que se apresentavam através do poder atribuído a uma outra pessoa de fazê-los cair, ou de puxá-los, por exemplo. Alguns pacientes queixavam-se de palavras que lhe eram impostas ou mesmo impedidas de serem articuladas, tiques, impulsos e inibições motoras. Todas essas sensações eram atribuídas a ação de uma força externa. (Shahidi & Tribolet, 2005).

Segundo Nobre de Melo (1980), essas alucinações podiam ser ativas ou passivas, acometerem partes do corpo ou até todo ele. Nas falsas percepções ativas, o paciente experimentava a sensação de que ele mesmo executava um ou mais movimentos com seu corpo. Caso contrário, quando esta sensação era vivenciada como uma ação de algo do exterior, o que parecia ser o mais comum nesse tipo de automatismo, as falsas percepções eram vivenciadas como passivas. Havia uma variedade dessas alucinações que eram chamadas de alucinações psicomotoras verbais pelo fato de atingirem os órgãos da fonação e da articulação das palavras, como a laringe, a língua, os lábios, por exemplo. Nesses casos, os músculos, em sua animação,

⁶⁹ Elemento metálico e radioativo.

produziam no paciente a sensação de que alguém falava por ele. Eram muitas as situações nas quais os pacientes faziam referência ao fato de estarem possuídos ao falarem coisas, apesar de si mesmo, de dizerem coisas que não queriam dizer, como num impulso verbal. “O paciente chegando a atribuir a uma força estrangeira, ‘essas vozes interiores’, sem timbre, não formuladas e que se acompanham frequentemente de movimentos adaptados da língua, como se ele falasse a si mesmo e apesar de sua vontade” (Séglas, 1897, pp. 112-113).

Por ocasião de um artigo relacionado às psicoses à base do automatismo mental e publicado em maio de 1925 na revista *Prática Médica Francesa*⁷⁰, Clérambault afirmou que as alucinações deviam estar relacionadas às áreas mais altas do cérebro, ou seja, naquelas onde a representação do eu estaria situada e nas quais as inibições poderiam gerar as ideias de negação corporal, perda de visão, etc. Passou a se perguntar então em qual andar do eixo neuronal poderiam estar os neurônios – ou talvez os sistemas – afetados pelo automatismo. Não excluiu nenhuma possibilidade, ou seja, poderiam estar nas zonas corticais, nos núcleos cinzentos do diencéfalo, na zona Rolândica⁷¹. Lembrou que as alucinações psicomotoras verbais da Paralisia Geral foram claramente causadas por uma lesão no pé da terceira circunvolução frontal⁷². (Clérambault, 1925/1942).

4.3.3 Automatismo ideoverbal

Esse tipo de automatismo foi representado clinicamente pela presença das vozes vivenciadas pelos pacientes em sua forma alucinatória. Henri Ey (1981) caracterizou essas vozes como “alucinações psicossensoriais objetivadas no espaço, alucinações psíquicas sentidas como ‘vozes interiores’ ou transmissões de pensamento” (p. 519). Essas vozes, na maioria das vezes, se apresentavam em sua forma ameaçadora e faziam comentários sobre os pacientes, sobretudo em relação aos seus atos. Raramente se mostravam benevolentes para com os pacientes. Outras vezes, eram vivenciadas em um tom de neutralidade e, até mesmo, de banalidade absurda. Neste caso, o paciente ouvia frases que ele mesmo as definia como sendo fora de propósito ou insignificantes.

⁷⁰ *Pratique Médicale Française*.

⁷¹ Refere-se ao sulco que separa o lobo frontal do parietal no cérebro humano e ao longo de cuja borda anterior estão os principais centros motores.

⁷² “Broca em 1861 descreveu o centro da linguagem articulada no pé da terceira circunvolução frontal esquerda e com esta conquista eis-nos chegados às localizações funcionais do sistema nervoso” (Barros, 1922, p. 34).

Esse automatismo também era representado pelos fenômenos do eco, do roubo e da adivinhação dos pensamentos. Esses últimos eram sentidos como uma intrusão do outro na intimidade do pensamento desses pacientes. As repetições verbais, o psitacismo⁷³, os jogos de palavras e as palavras jaculatórias fortuitas se constituíam em sintomas típicos desse tipo de automatismo.

Entre os fenômenos do eco, também foram relatados os ecos da leitura, descritos por Baillarger (1809-1890), como uma desagradável sensação que o paciente experimentava de ouvir de forma imposta aquilo estava lendo. Muitos pacientes se queixavam de que não era uma sensação que lhes chegava pelos ouvidos e, sim, que era vivida no interior de cada um deles. “G. Petit as chamou ‘auto-representações aperceptivas’, destacando suas características de automatismo, incoercibilidade, estranheza e vivência de xenopatia e imposição” (Álvarez, Esteban, & Sauvagnat, 2004, p. 455).

Para Clérambault, esse tipo de automatismo poderia ser vivido pelos pacientes por um longo período sem que a presença de algum tipo de delírio pudesse ser detectada.

Nós veremos, além disso, que no domínio ideoverbal, as primeiras perturbações sentidas (especialmente eco do pensamento) são de conteúdo neutro e que elas podem persistir por muito tempo, às vezes até indefinidamente, sem modificar o caráter do paciente e sem acrescentar nenhum delírio (alucinoses puras) (Clérambault, 1925/1942, p. 529).

Sempre muito atento e meticuloso em relação às descrições feitas pelos pacientes acerca das experiências vividas, elas lhe serviram, mais uma vez, ao propósito de ratificar as suas convicções mecanicistas. Pelo conjunto de suas características, ele acreditava que não apenas a origem, mas o desenvolvimento desse tipo de fenômeno só poderia ser de natureza mecânica.

Nós mostraremos que o distúrbios ideicos, ideoverbais e sensoriais, tomado em bloco ou examinados em detalhe, têm uma origem mecânica e um desenvolvimento mecânico, que eles se apresentam à consciência como elementos espontâneos, autônomos e parasitários, que eles servem de base a uma cogitação reacional e racional, exatamente como os fenômenos sensitivos ou motores e que o agenciamento sistemático das ideias, curioso do ponto de vista pitoresco, importante do ponto de vista social, é, do ponto de vista patogênico um fenômeno de última ordem (Clérambault, 1925/1942, p. 542).

⁷³ Emprego e repetição de palavras e frases vazias de sentido. (Shahidi & Tribolet, 2005).

Assim retratado, Clérambault fez uma advertência àqueles que poderiam se mostrar mais preocupados, naquele momento, com as tentativas de interpretação do conteúdo das ideias verbalizadas pelos pacientes e disse que apenas o mecanismo dessas alucinações deveria ser considerado como cientificamente importante.

O conteúdo idéico das alucinações ideoverbais tende, constantemente, a fazer esquecer que apenas o seu mecanismo importa cientificamente. Ele deve ser considerado apenas em bloco e assimilado, em espécie, às alucinações sensoriais de todos os tipos e às alucinações motoras, esses três grupos constituindo um triplo automatismo cuja origem é inequívoca (Clérambault, 1925/1942, p. 529).

4.3.4 Automatismo afetivo, emotivo e volitivo

Clérambault observou que vários dos seus pacientes apresentavam fenômenos nas esferas afetivas, emotivas e volitivas e que eram vividos como impostos. Assim, eles se queixavam da necessidade de rir ou de chorar, experimentavam sentimentos de raiva e irritabilidade contra as suas próprias vontades, entre tantos outros. Crises ansiosas e sintomas obsessivos, quando observados nos pacientes alucinados crônicos, também eram identificados como fenômenos pertencentes ao automatismo emotivo.

Uma das pacientes de Clérambault queixava-se de que alguém a fazia sentir medos, incitava-a a gritar e a se lamentar em vias públicas, expressar sentimentos que não representavam, em absoluto, aquilo que efetivamente sentia. Sobre esse relato, escreveu: “Trata-se de intenções obsessivas e impulsivas ao invés de impulsos motores circunscritos. Que se queira especialmente observar o caráter repentino, impulsivo, quase exógeno das emoções. Essa característica nos pareceu bastante clara para legitimar essa rubrica inusitada: Automatismo Emotivo” (Clérambault, 1924/1942c, p. 519).

Em janeiro de 1924, Clérambault apresentou na Sociedade Clínica a paciente W. Marguerite, 32 anos e cujo certificado de internação, emitido pelo próprio Clérambault, afirmava tratar-se de um quadro de Automatismo Mental. Alguns comentários emitidos sobre esse caso realçavam que a paciente experimentava, entre os fenômenos impostos, alegrias – necessidade de rir, necessidade de fazer ironias –, tristezas, ansiedades, espantos, atrações por pessoas e raivas. “Todos esses sentimentos lhe aparecem como estrangeiros, por causa de sua rapidez, de sua inoportunidade, de seu ilogismo, seu crescimento incoercível, seus excessos, seu desaparecimento espontâneo” (Clérambault, 1924/1942c, p. 509).

A paciente Marie, de 27 anos, teve seu certificado de internação emitido por Clérambault em 05 de janeiro de 1924. Clérambault acreditava que essa paciente se encaminhava para a sistematização de um quadro de Psicose Alucinatória. No entanto, devido ao fato da mesma ter sido submetida a uma retirada dos ovários aos 19 anos, ele creditava a esse fator a sua causalidade endógena. As dúvidas, amenidades, afetuosidades, expansividades e, sobretudo, os espantos apresentados pela paciente fizeram com que Clérambault destacasse entre os seus comentários a presença dos automatismos afetivo e emotivo. Esses espantos estavam relacionados às interpretações de caráter supersticioso que a paciente frequentemente manifestava, pautadas no diabolismo, espiritismo e em outras crenças místicas e com a paciente procurando se defender através dos rosários, água benta, algumas relíquias, etc.

Quanto a vivência de sentimentos opostos, Clérambault dizia que nos pacientes acometidos pela cisão do eu, muitas vezes era observado de uma forma bastante clara a luta de um sentimento contra o outro, sendo que um dos dois sentimentos era considerado como estrangeiro. Nesse caso, era como se o paciente experimentasse situações onde uma pessoa no seu interior lhe aconselhasse a se calar e uma outra a falar; uma pessoa lhe obrigava a sorrir e uma outra a chorar. “O inconsciente se encarrega, assim, de amplificar ao extremo e de liberar veleidades verificadas no Eu consciente. Mas esse é, provavelmente, apenas um processo episódico: na maioria das vezes os sentimentos, emoções e volições exógenas parecem contingentes” (Clérambault, 1924/1942c, p. 509).

4.3.5 Automatismo visual

Tratava-se, na opinião de Clérambault, de uma espécie de mentismo⁷⁴ representativo e que contava com o apoio ideativo e afetivo. Consistia, para ele em um *dévidage des souvenirs* e em representações puramente imaginativas. Os pacientes se queixavam: “mostram-me todas as minhas lembranças. Mostram-me imagens históricas” (Clérambault, 1924/1942c, p. 509).

Clérambault reportou aqui à paciente W. Marguerite, acima citada, pela riqueza dos sintomas observados, tanto durante a sua permanência na Enfermaria especial quanto aqueles testemunhados por ocasião de sua apresentação na Sociedade Clínica e fez referência às visões em série que a mesma apresentava durante a sua vigília. E, em relação a toda essa riqueza de sintomas, Clérambault escreveu que “nós não temos mais somente um Triplo Automatismo

⁷⁴ Desfile rápido e penoso de pensamentos que se sucedem e encadeiam de maneira incontrolável (frequente na insônia, sobretudo em psicastênicos).

(Verbal, Sensitivo e Motor), mas automatismos múltiplos, de ordem ideica ou afetiva, emotiva ou volitiva” (Clérambault, 1924/1942c, p. 510).

4.4 O eco do pensamento

Para Clérambault, o Eco do Pensamento era não somente um dos primeiros fenômenos experimentados pelo paciente no começo de sua psicose, assim como era também o elemento central da Síndrome do Automatismo Mental. “As intuições, o pensamento antecipado, o eco do pensamento e os absurdos⁷⁵ são os fenômenos iniciais do Automatismo Mental” (Clérambault, 1927/1942d, p. 467). Mesmo reconhecendo que esse fenômeno nem sempre fazia referência a uma repetição – admitia que o eco podia ser consecutivo, simultâneo ou até antecipado –, Clérambault manteve esse termo em todas as suas conferências, artigos e por ocasião das apresentações de pacientes.

O eco não é sempre uma estrita repetição. O pensamento, seja claro, seja obscuro, pode ser modificado no seu eco. Existe Eco com Variantes (interpelações, constatações), Eco com Adições (enunciação dos atos), Eco com Comentários (admiração, críticas). Em todas essas variedades, o eco aparece como o ponto de partida de ideias embrionárias, seu centro, seu broto (Clérambault, 1927/1942a, p. 590).

Conforme defendia, o Eco Antecipado “é apenas um caso de síntese verbal que opera nos dados intelectuais pré-conscientes” (Clérambault, 1926/1942, p. 554). Ele podia ser percebido com os pacientes se queixando das pessoas encontrarem o nome das coisas antes deles, por exemplo. Segundo Clérambault, seria comparável às Premonições Alucinatórias Verbais das Sensações, observadas com muita frequência nos pacientes com a Síndrome do Automatismo.

O Eco com variantes e verbalizado através de interpelações, constatações, verificações, surgia nas situações em que um determinado paciente se queixava de outras pessoas verem e saberem de tudo aquilo que ele estivesse fazendo. Muitas vezes teciam comentários sobre seu comportamento, fosse de admiração ou de crítica. As adições eram percebidas quando uma ou mais pessoas divulgavam os atos do paciente, fazendo comentários sobre os seus atos enquanto ele se alimentava, por exemplo. Existiam ainda, como variantes, as enunciações dos gestos e

⁷⁵ *Non-sens.*

do pensamento. Nestes casos, antes mesmo que o paciente tivesse pensado em algo ou mesmo realizado algum ato, as suas intenções eram enunciadas.

Diante de todas essas características, o fenômeno do eco se acompanhava, frequentemente, do sentimento do paciente não ser mais o dono de sua atividade psíquica, por estar vulnerável a uma constante ação do exterior, assim como pelo fato de poder ter seu pensamento percebido e adivinhado pelos outros (Postel, 2011). Era também definido como sendo um fenômeno brusco e frequentemente inicial. Aparecia sob um terreno neutro ou eufórico, porém, sem características persecutórias no início.

Essa definição de Eco adotada pelos alienistas franceses e assim mantida por Clérambault não encontrou o mesmo acolhimento na escola alemã, cujos psiquiatras preferiram o termo Sonorização do Pensamento (*Gedankenlautwerden*), podendo ser traduzido literalmente pela expressão pensamentos que se tornam sonorizados. Esse respaldo sobreveio principalmente porque os pacientes não experimentavam, na maioria das vezes, o fenômeno do eco. Karl Jaspers (1979) caracterizou assim esse fenômeno: “muitas vezes, o doente ouve logo seus pensamentos em voz alta” (p. 93).

Para Clérambault (1927/1942a), a repetição encontrada no fenômeno do eco só podia ser de causa mecânica. E, na tentativa de dar sustentabilidade a essa sua afirmação, enumerou algumas características que lhe pareciam significativas: tratava-se de um fenômeno brusco e frequentemente inicial; surgia frequentemente num terreno neutro ou eufórico e não possuía, pelo menos no seu início, nenhum caráter persecutório; em geral, havia uma ausência da estranheza cenestésica; a despersonalização⁷⁶ não podia explicar a rejeição de uma ideia isolada e, principalmente, a sua repetição; as ideias aceitas e recusadas pelo eco seriam apenas a única e a mesma ideia e que, pelas razões da não-assimilação e da repetição, o eco não podia ser explicado por uma simples hiperendofasia⁷⁷. Afirmou ainda que o Eco podia ser “psíquico, auditivo ou motor, tudo isso em graus diversos (eco semi-auditivo, pseudoauditivo) e, além disso, simultaneamente (eco misto)” (p. 590).

Tribolet e Shahidi (2005) afirmaram que o Eco do Pensamento é um “fenômeno alucinatório cuja forma passa da alucinação psíquica para a alucinação psicossensorial (acústico-verbal) e até psicomotora, em graus variados e, às vezes, simultaneamente” (p. 105). Fizeram também uma distinção entre o Eco do pensamento obscuro, o Eco do pensamento claro

⁷⁶ Clérambault acreditava que a despersonalização e a Síndrome do Automatismo Mental podiam até coexistirem em algumas situações mas que, de maneira geral, elas eram excludentes.

⁷⁷ Endofasia em psicologia, refere-se a uma formulação verbal interna do pensamento não expresso, com a representação mental da própria voz, ou seja, uma “linguagem interior”.

e o Eco, às vezes, antecipado. No primeiro caso corresponderia à uma atividade alucinatória psíquica e, no segundo, a uma atividade alucinatória psicossensorial enquanto que, no Eco antecipado, o pensamento se antecipava e o paciente tinha a convicção de escutar com antecedência aquilo que ele inevitavelmente iria pensar.

Por fim, Clérambault constatou que em alguns grupos de pacientes, o Eco do Pensamento poderia faltar ou até mesmo ser substituído por outras manifestações. “Nos sujeitos débeis ou incultos o eco o pensamento ou não é observado ou está ausente; o eco dos gestos e o eco dos atos o substituem” (Clérambault, 1926/1942, p. 574).

4.5 Delírios e alucinações

Até o final do século XIX, a psiquiatria francesa era dominada pela teoria da degeneração de Morel. Em 1892, Magnan e Sérieux, discípulos de Morel, desenvolveram a noção de um estado delirante crônico com evolução sistemática⁷⁸. Esse quadro era composto de quatro etapas: um período de incubação composto pelo humor delirante; num segundo momento haveria a cristalização dos delírios persecutórios; seguia-se o aparecimento dos delírios grandiosos e, por fim, o aparecimento da demência, configurando-se o quadro de defeito mental. (Berrios, 1996).

Segundo Magnan, essa doença jamais retrocedia e evoluía por décadas. Os delírios de perseguição que esses pacientes apresentavam, os levavam a se armarem para se defenderem e os tornavam, em várias situações, extremamente agressivos.

Ainda de acordo com Berrios (1996), Magnan classificava os transtornos mentais em três categorias: os quadros orgânicos, as psicoses e os atrasos mentais. Entre as psicoses, eram incluídas a mania, a melancolia, os estados delirantes crônicos, as psicoses intermitentes e as psicoses da degeneração.

No início do século XX surgia uma série de trabalhos clínicos sobre o Delírio de Interpretação tendo como obra mais importante o trabalho de Sérieux e Capgras intitulado *Les Folies Raisonantes, les delires d'interprétation*, livro publicado em 1909. Já em suas páginas iniciais, mais especificamente na Introdução, eles afirmavam que

O delírio de interpretação é uma psicose sistematizada crônica caracterizada por: 1º multiplicidade e organização das interpretações delirantes; 2º ausência ou falta de alucinações; 3º persistência da lucidez e da atividade psíquica; 4º evolução

⁷⁸ *Le Délire Chronique à Évolution Systématique.*

por extensão progressiva de interpretações; 5º incurabilidade sem demência terminal (pp. 4-5).

Essa obra de Sérieux e Capgras consolidou-se como mais um esforço no sentido de ratificar a posição francesa do início do século XX com relação à autonomia psicopatológica do delírio sistematizado. Para eles, o delírio de interpretação se constituía numa entidade psicopatológica autônoma e a definiam como uma psicose delirante crônica, sistematizada e de caráter não alucinatorio. (Pereira, 2007)

Em 1912, Phillippe Chaslin (1857-1923) publicou o livro *Éléments de Sémiologie et Clinique Mentales*⁷⁹, descrevendo, entre os vários conceitos psicopatológicos, a alucinação, a percepção delirante e a obsessão. Chaslin considerava que o delírio e a alucinação tinham uma mesma origem psicológica e neurofisiológica e que, com muita frequência, eles apareciam juntos. Além disso, ele acreditava que as ideias delirantes podiam aparecer isoladas e desconectadas uma das outras, como nos casos da demência precoce ou formarem um sistema, como era o caso da Paranoia (Correia, 2014).

No entanto, Clérambault tendo como base os seus estudos sobre as Psicoses Alucinatorias Crônicas, afirmou que as ideias delirantes eram secundárias e sobrepostas ao Automatismo Mental e surgiam como consequência das vivências alucinatorias que, por sua vez, surgiam tardiamente em relação a esse último. O fator primordial dos quadros psicóticos estava dessa forma colocado e, concomitantemente, rejeitada qualquer hipótese ideogênica na origem das doenças mentais. Dessa forma, a teoria clérambaultiana criava um novo dogma na psiquiatria francesa do início do século XX.

Henri Ey (1981) afirmou que “para alguns autores antigos (Tamburini, Séglas, Wernicke, etc) ou modernos (de Clérambault, F. Morel, Henschen, etc.), as alucinações são fenômenos elementares de excitação dos centros psicossensoriais e, portanto, a alucinação, sendo independente do delírio, pode ser sua causa” (p. 521).

Nas teorias mecanicistas que deram sustentabilidade às formulações teóricas de Clérambault, a alucinação era concebida como um fenômeno mecânico e que se constituía na base sobre a qual o delírio seria construído. Para corroborar a sua teoria, Clérambault utilizou o conteúdo variado dos delírios – desconfiança, megalomaniaco, místico, erótico – para justificar que tanto a alucinação quanto o delírio tinham no Automatismo o seu fenômeno

⁷⁹ Elementos de Semiologia e Clínica Mentais.

primordial e que era sobre essa base que os delírios secundários iriam se edificar. (Clérambault, 1920/1942a).

Essa mesma teoria lhe permitiu estabelecer uma diferença entre os delírios de perseguição encontrados nas psicoses à base do Automatismo Mental e aqueles encontrados na Paranoia. Asseverava que os primeiros eram delírios secundários e, em vários momentos de suas exposições, ele fez referência aos pacientes perseguidos, mas não Paranoicos, como sendo falsos perseguidos. O termo Delírio de Perseguição era para ele uma designação empírica e aplicada num momento em que a Psicose já se encontrava em um estado bastante avançado. Era, pois, um trabalho interpretativo, um epifenômeno, ou seja, um sintoma que sobrevinha numa doença já instalada. Essa concepção do delírio lhe permitiu dizer que “quando o delírio aparece, a psicose já é antiga. O Delírio é somente uma Superestrutura” (Clérambault, 1920/1942a, p. 466)

Uma Psicose Alucinatória Crônica podia evoluir então, com ou sem delírios. Se um delírio a ela se sobrepusesse, a Psicose deveria ser decomposta em duas partes: a porção fundamental, composta de um núcleo que era o Automatismo e por uma outra, a superestrutura que era o delírio. O núcleo era de causa histológica enquanto que a ideia era de ordem psicológica. (Clérambault, 1923/1942j).

Esse aporte para uma possível aceitação do delírio ser de ordem psicológica, pareceu ser muito mais uma confirmação do que um declínio de Clérambault em relação às suas convicções sobre a natureza organicista da doença mental já que ele corroborava que a porção fundamental e necessária da ideia delirante era de causa histológica. Além disso, ele se apoiou nessa leitura – sobretudo quanto aos delírios persecutórios que, às vezes, se apresentavam nos quadros psicóticos – para afirmar que essa concepção, por si só, tornaria a demência encontrada nas Psicoses Alucinatórias Crônicas inexplicável, podendo-se, então, concluir que o início da demência final estava no Automatismo inicial. Era, portanto, em sua opinião, a demência quem explicava retrospectivamente o delírio. Quanto às alucinações que precediam os delírios, ele jamais contestou a organicidade de sua patogenia.

Clérambault também reduziu o grau de importância dado às possíveis sistematizações encontradas dizendo que elas eram nada mais do que um trabalho intelectual sobreposto e que cada paciente o desempenhava na proporção de sua inteligência.

Assim, o Automatismo Mental era um processo primitivo e que podia até mesmo existir sozinho por um longo período ou, até mesmo, indefinidamente. Ele sozinho não era suficiente para produzir um delírio de perseguição. As alucinações que o precediam também possuíam características muito especiais, com as vozes fazendo companhia ao paciente.

4.6 Personalidade segunda

A personalidade segunda foi um importante conceito criado por Clérambault, mas que, ao mesmo tempo, foi objeto de muita polêmica e crítica por parte dos seus contemporâneos. Ela era constituída pelo delírio e surgia quando o processo do Automatismo Mental atingia sua forma mais organizada. (Barros & Campos, 2002).

Aqui também o Eco adquiriu uma importância capital em sua teoria, sendo responsável pela formação dessa personalidade construída através das alucinações organizadas (Clérambault, 1926/1942). O Eco do Pensamento, situado como um fenômeno central em sua Síndrome, através de suas variações fazia surgir as enunciações de cujas extensões se originava a ideação autônoma. A extensão dessa última produzia a Personalidade Segunda. A partir de então estava criado o campo fértil e necessário para a construção da temática delirante.

Para Clérambault, o delírio era uma reação apresentada pelo paciente que mantinha saudáveis, pelo menos até então, o seu intelecto e a sua afetividade aos transtornos do automatismo. Ele surgia de maneira espontânea, surpreendendo o paciente ao encontrá-lo num período de neutralidade e de quietude intelectual. (Clérambault, 1925/1942)

Dessa forma, o delírio seria uma construção secundária e faria com que o paciente constituísse a sua Personalidade Segunda. Ela era então constituída pelas escórias da Personalidade primeira e por uma seleção de avessos. As justificativas para essa afirmação eram encontradas no vocabulário grosseiro, comum a esse paciente, com seu repertório de ideias indecentes, escatológicas e subversivas. Todo esse conteúdo era retirado do lixo presente em sua Personalidade primeira. A Personalidade Segunda tinha como características dominantes a animalidade, a vaidade e a hostilidade. “Assim, a Personalidade Segunda é feita dos resultados acumulados de derivações incessantes e incontáveis. Essas derivações são de causas mecânicas e obedecem às leis mecânicas” (Clérambault, 1926/1942, p. 565).

Frequentemente, a expressão Pensamento Neoplásico esteve presente e fez parte do vocabulário de Clérambault. Ela fazia referência a um pensamento novo e que era vivenciado pelo paciente com a característica de lhe parecer estrangeiro. Em junho de 1927, Clérambault publicou no *O Encéfalo* uma carta intitulada *Respostas às Diferentes Críticas de M. Ceillier Relativas aos Trabalhos Precedentes*, na qual ele respondeu as variadas críticas feitas por esse médico e que lhe foram dirigidas na sessão de 17 de março de 1927 da Sociedade de Psiquiatria, publicadas no *O Encéfalo* em abril de 1927. (Clérambault, 1927/1942b). Entre essas críticas, o Dr. Ceillier afirmava que Clérambault estava dividindo o cérebro em duas partes, cabendo a cada uma delas portar, de um lado o pensamento doente e do outro o pensamento saudável.

Ante essa crítica, Clérambault explicou que ao utilizar os termos neoplásico e Personalidade segunda, ele não fazia senão no seu sentido metafórico e assim ratificou aquilo que já havia escrito sobre esse tipo de personalidade, sem abrir mão de suas convicções mecanicistas. Senão vejamos:

O termo Personalidade segunda, como aquele do Pensamento neoplásico, que nós empregamos frequentemente, só pode ser uma metáfora. A Personalidade segunda *não é uma zona definida do cérebro* reservada à uma ideação especial. É um sistema de associações constituído pelas irradiações fixas, superposto ou intrincado nos sistemas anteriores normais. É um conjunto *funcional* utilizando para condutores *as mesmas redes* que as funções normais, mas com as seleções e supressões. Provavelmente as comutações devidas ao próprio gênero de influxos fazem com que a corrente passe conforme uma figura ou outra; talvez também, como na física, várias correntes podem ser transmitidas por um único fio. Assim, a Personalidade segunda se resume *nos hábitos de condução*. Todo um sistema de associações se constitui por derivação e cresce por derivação, etc. (Clérambault, 1927/1942b, p. 577, grifos do autor).

Além dos argumentos que davam sustentação aos princípios que sempre o nortearam, Clérambault também fundamentou a sua convicção de que o delírio era uma construção secundária e que estava associado à formação da Personalidade Segunda. Toda a temática delirante exibida variava de acordo com as características individuais da personalidade primeira do paciente e, por conseguinte, comporia as tonalidades do conteúdo de sua ideia delirante, fossem elas de natureza otimista, pessimista, hipocondríaca, obsessiva ou de qualquer outra ordem. Essa temática também podia sofrer influências das características alucinatórias experimentadas, fossem elas sensações agradáveis ou não. Dessa forma, o Automatismo Mental que não comportava, em seu início, nenhum tipo de hostilidade, poderia induzi-la através do conteúdo das ideias delirantes sobrepostas, assim como por ocasião do aparecimento das vozes alucinatórias que surgiam na companhia dos conteúdos contrários aos desejos e aos gostos desses pacientes.

4.7 Patogenia

Todo o investimento de Clérambault no sentido de elaborar o seu conceito de Automatismo Mental sempre esteve vinculado ao de estabelecer também uma patogenia comum a todas as psicoses e que passava, certamente, pela sua visão mecanicista. As suas pesquisas sempre estiveram estritamente vinculadas ao exercício de sua prática profissional,

encontrando nos seus pacientes o suporte necessário para a estruturação de suas ideias. De posse desse complexo privilegiado, certa vez disse que “esses casos confirmam nossas visões sobre a patogenia MECÂNICA das psicoses de perseguição e das psicoses em geral” (Clérambault, 1924/1942c, p. 526, grifo do autor). Dessa forma, a base sobre a qual um processo psicótico iria erigir estava diretamente relacionada à dimensão do indivíduo enquanto corpo biológico. Na consequência dos desvios do funcionamento normal dessa máquina corporal, o núcleo das psicoses encontraria no automatismo o seu traço fundamental. Toda a ideação que viria se sobrepor a isso deveria ser considerada como da ordem do secundário. Essa elaboração de Clérambault inverteu completamente a concepção de psicose aceita pela psiquiatria de então.

Os absurdos e o caráter anideico do Pequeno Automatismo eram, para ele, de características mecânicas e só podiam ser explicados através de um processo orgânico inicial. O estabelecimento de uma quadro alucinatorio crônico era consequência de uma sequela antiga de infecções agudas e esquecidas ou o resultado de intoxicações crônicas causadas pelo uso de substâncias tóxicas, tais como o álcool, por exemplo, ou ainda decorrente de perturbações endócrinas. “A ausência total de organização temática nos fenômenos iniciais do Automatismo Mental parece indicar que ele tenha como causa um processo histológico irritativo com uma progressão um tanto quanto serpiginosa⁸⁰” (Clérambault, 1923/1942j, p. 486).

As alterações histológicas seriam encontradas então, não apenas na base do Automatismo Mental, mas também na base dos outros dois automatismos fornecendo as explicações necessárias para o processo involutivo e demencial que caracterizava os processos psicóticos estudados. Agentes tóxicos ou infecciosos assim como afecções antigas e esquecidas deixariam como sequelas os Delírios Alucinatorios Crônicos. Clérambault afastava assim toda possibilidade de explicação ideogênica para esses quadros psicóticos, chegando mesmo a afirmar que ela era impossível.

Esse processo é melhor representado se for comparado ao *Automatismo Sensitivo e ao Automatismo Motor*, que geralmente ocorrem ao mesmo tempo. Para esses dois tipos de Automatismo, a explicação ideogênica é impossível; os distúrbios sensitivos e motores surpreendem os indivíduos despreocupados ou sonolentos, e lhes trazem sensações intensas desde o início (Clérambault, 1923/1942j, pp. 486-487, grifos do autor).

⁸⁰ O termo serpiginoso foi encontrado duas vezes na *Oeuvre Psychiatrique* de Clérambault, mais especificamente nas páginas 486 e 560. Segundo Maurel (1993), de acordo com o dicionário da língua francesa, Littré, o termo pertence à terminologia médica antiga e faz referência às afecções cutâneas, tais como a úlcera e a erisipela, e cuja característica é a de afetar o indivíduo de maneira sinuosa, curando-se de um lado para estender-se em um outro lado, como se deslocasse de maneira rastejante. Émile Littré (1801-1881), autor do famoso Dicionário da Língua Francesa, além de lexicógrafo e filósofo, também era formado em medicina.

Assim sendo, para ele seria inútil tentar fazer diagnósticos diferenciais ou estabelecer prognósticos baseando-se no intelecto visto que suas causas não estariam localizadas aí.

Na medida em que esse processo histológico causal se estendia, haveria uma tendência de que os pacientes perdessem a consciência da doença e o seu juízo crítico de enfermidade se tornaria cada vez mais prejudicado, por diversas razões. Dentre elas, chegou até mesmo a admitir a participação de algumas razões psicológicas tais como “*tendência provocada do automatismo mental, conteúdo gradualmente temático desse automatismo, irritação, credulidade, superstição*” (Clérambault, 1924/1942c, p. 525, grifo do autor).

Considerando a Síndrome do Pequeno Automatismo com seus principais elementos – os ecos, os absurdos, as parestesias, os fenômenos psicomotores, as inibições – Clérambault assinalou a sua coerência apesar de admitir que ela podia não estar claramente circunscrita. Lembrou que em 1920 a definiu como basal⁸¹, mas que a partir de 1925 passou a designá-la como nuclear (Clérambault, 1926/1942).

Girard, Maurel, Moron, & Tisseron, (1993) propuseram uma compreensão em três níveis para este valor de núcleo que era dado por Clérambault, a saber: estrutural, temporal e originário.

Do ponto de vista estrutural, enquanto elemento nuclear, o Automatismo representaria a arquitetura de base sobre a qual o delírio se organizaria. O nível temporal faria referência ao Automatismo enquanto inicial e originário. Sob esse aspecto, inclusive, Girard, Maurel, Moron, & Tisseron, (1993) chamaram a atenção para a frequência com a qual Clérambault renunciava o uso do termo Automatismo, mas que, mesmo assim, continuava a utilizá-lo. Eles acreditavam que esse comportamento traduzia a preocupação constante de Clérambault nas suas tentativas de encontrar uma alternativa que pudesse expressar melhor o surgimento desses fenômenos em seu estado nascente. Quanto ao nível originário, esses autores se concentraram na relação de ambiguidade que o termo apresentava; afinal eles apontavam para a causalidade e a patogenia do processo ao mesmo tempo, sem que uma distinção pudesse ser notada entre as duas: o automatismo estava relacionado ao fator causal das psicoses e, do mesmo modo, era resultante de uma causalidade mecânica histológica. “Ora, os argumentos apresentados por de Clérambault em favor desta causa histológica e mecânica são aqueles mesmos que caracterizam os fenômenos do estado nascente. E desta característica clínica geradora nós chegamos aqui à patogenia orgânica.” (pp. 43-44).

⁸¹ “O Automatismo é tanto o Fenômeno Primordial que sobre esta mesma base, Delírios Secundários variados podem se edificar” (Clérambault, 1920/1942, p. 465).

5 Conclusão

Considerado como tendo sido um psiquiatra anacrônico e ultrapassado para os padrões de sua época, Gaëtan Gatian de Clérambault, chamado simplificada e por Sr. de Clérambault ou, simplesmente Clérambault, foi um médico celibatário, metódico estudioso da Erotomania, responsável pela criação do conceito de Automatismo Mental, adepto do mecanicismo e do constitucionalismo e apaixonado pelas togas e pelos drapeados. Reinou durante quatorze anos no período das primeiras décadas do século XX, através do trabalho no qual chefiava a Enfermaria especial da Prefeitura de Polícia de Paris. A arte da observação de Clérambault se confundia com a própria história do olhar, pois era principalmente através dessa experiência sensorial que ele privilegiava conhecer a sua clientela; a escuta lhe era secundária. Curiosamente, foi a perda da visão em decorrência dos problemas de catarata, uma das principais causas, senão a principal responsável pela sua morte trágica.

Pretendeu encontrar e fornecer uma classificação coerente para o campo das psicoses propondo defini-las a partir de um elemento comum e essencial, o Automatismo Mental. Através dessa síndrome, apoiou-se nas perturbações psíquicas e sensoriais que se impunham à mente dos pacientes de maneira abrupta, mecânica e automática. Essas perturbações vinham de fora e nada tinham a ver com as ideias dos próprios pacientes. Eram, portanto, vivenciadas como fenômenos estrangeiros. A sua origem era de ordem, exclusivamente, organicista e esse seu conceito em nada coincidia com o conceito de automatismo psicológico do Janet.

Apesar de representarem correntes de pensamento totalmente opostas, na medida em que Clérambault fez uma opção pela estrutura organizacional da psicose, essa sua posição diminuiu o distanciamento para aquela de Sigmund Freud em relação às psicoses. Outro aspecto ainda possibilitou estabelecer uma aproximação entre esses dois pesquisadores, apesar dos princípios radicalmente opostos que os guiavam em relação às particularidades do adoecer mental: ambos concebiam o delírio como um fenômeno tardio em relação à alucinação. Para Clérambault, o delírio aparecia quando a psicose já era velha. Freud (1896/1977), compreendia o delírio como um interpretador de alucinações, ou seja, o seu aparecimento era cronologicamente estabelecido *a posteriori* em relação ao surgimento das alucinações.

O modelo mecanicista e organicista de Clérambault em favor das explicações patogênicas do Automatismo Mental e, por conseguinte, das Psicoses em geral, poderia até ser compreendido como uma maneira encontrada por ele de desenvolver uma concepção de Psiquiatria Biológica que escapasse da ideia de degeneração de Morel. No entanto, as influências desse psiquiatra pareceram estar ainda muito vivas na formação de Clérambault,

haja vista a utilização de termos frequentemente encontrados em sua obra e que faziam parte do arsenal teórico de Morel, tais como, degenerado, débil, estigma físico, entre outros. De qualquer forma, parece ter sido através desse ponto que Henri Ey também se mostrou interessado pela obra de Clérambault. É provável que tenha sido a maneira encontrada pelos dois de tentar salvar o organicismo na psiquiatria, num momento em que ela se encontrava completamente influenciada pelas teorias psicodinâmicas de Freud. Mas, mesmo desenvolvendo a sua teoria sobre o Organodinamismo, Henri Ey não deixou de fazer severas críticas ao modelo mecanicista adotado por Clérambault, conforme o fez em seu *Étude n° 5*. Henri Ey (2006b) iniciou esse estudo observando que a psiquiatria mecanicista repousava sobre uma teoria psicológica atomista e que o pensamento mecanicista poderia ser medido pelo uso que se fazia da noção de excitação. Em sua opinião, nesse tipo de abordagem tudo se passava em torno de uma engrenagem central na qual a lesão determinista e devastadora atingia toda a personalidade do indivíduo. Esse processo mecânico que constrói os estados patológicos geraria fenômenos isolados que na personalidade se superpunham e compunham o seu todo. A doença então era considerada dentro desse sistema como um corpo estranho. Para Henri Ey, não se deveria confundir a loucura e seus atributos, a parte e o todo nem a causa e o efeito.

Nos anos que sucederam a sua morte, as excentricidades de Clérambault geraram um interesse muito maior do que as suas próprias teorias, não somente no meio psiquiátrico, mas no público em geral. Prova disso foi o grande número de reportagens e publicações dessa ordem que a sucedeu. Algumas hipóteses podem ser levantadas na busca e compreensão para esse fato. Em princípio, o próprio pensamento anacrônico de Clérambault na defesa de suas teses mecanicistas e constitucionalistas pode tê-lo afastado do seu meio profissional. As condições de sua morte e o trabalho que desenvolveu paralelamente à medicina, traziam consigo uma proeminência muito maior para a curiosidade humana do que as suas pesquisas em psiquiatria. E, apesar da riqueza contida em suas descrições psicopatológicas, sobretudo naquelas relacionadas ao Automatismo Mental, muitos termos do seu glossário foram, de certa forma, absorvidos pelos psiquiatras que o sucederam na construção de outras teorias. Foi o caso, por exemplo, do trabalho realizado por Kurt Schneider, na psiquiatria alemã, em relação à sistematização e à organização dos sintomas para o diagnóstico de Esquizofrenia. Schneider incluiu vários dos fenômenos descritos por Clérambault nas suas descrições concernentes aos sintomas de primeira ordem, de segunda ordem e entre aqueles descritos como outros sintomas esquizofrênicos.

Entretanto, aquele mesmo Jacques Lacan que criticou Clérambault em 1932, manteve-o à margem de suas homenagens por ocasião da redação de sua tese de doutorado, reverenciou-

o, em 1966, como o seu único mestre em psiquiatria. Nesse momento, foram também lembrados os nomes de René Crevel e Salvador Dali, ao mesmo tempo em que Lacan enfatizou ter sido Clérambault o grande responsável pela descoberta que havia feito sobre a obra freudiana (Roudinesco, 1988). Tudo isso pareceu ter sido o suficiente e o necessário para trazer Clérambault de volta ao mundo das especulações acadêmicas. Alguns dos seus interlocutores presentes naquele momento, provavelmente já tinham até ouvido falar de Clérambault. No entanto, a curiosidade desenvolvida pela maioria daquela plateia em relação àquele personagem ilustre e, ainda desconhecido por alguns, parece tê-lo transformado, como num passe de mágica, em um grande psicanalista. Grande parte de sua obra voltou a despertar o interesse desse público ouvinte e representante dessa fala, gerando um turbilhão de publicações, tomando-se por base a sua obra.

É muito provável que Clérambault possa ter sido referido por Lacan, menos por suas concepções – organicistas – e muito mais pela sua habilidade de conseguir entrar na intimidade dos pacientes e retirar deles informações preciosas, conforme as palavras de Jesuíno (2009), citando Lacan, “De Clérambault foi meu único mestre na observação dos doentes . . . a postular nas esferas consagradas da ignorância magisterial” (p. 214). Mas, independentemente de quais tenham sido as verdadeiras motivações de Lacan, a curiosidade despertada pela obra de Clérambault certamente viria, mais tarde, dar provas dos seus valores histórico e clínico.

Lacan também foi aluno de Henri Claude no Sainte-Anne, assistindo as suas aulas sobre a clínica das doenças mentais e do encéfalo e foi esse psiquiatra, um dos grandes responsáveis pelo estabelecimento de Lacan naquele hospital. Claude privilegiava uma visão bleuleriana da Esquizofrenia e, no entanto, Lacan se aproximou muito mais das leituras kraepelianas e clerambaultianas.

Clérambault buscou encontrar no conceito de Automatismo Mental, um elemento comum e essencial à todas as psicoses. Quanto à síndrome, ele considerava ser de origem exclusivamente orgânica. Lacan parece ter apreendido essa formulação e lhe aplicado ao conceito freudiano de automatismo de repetição. O *automatisme de répétition* recebeu, por si, uma tradução completamente distorcida de sua terminologia alemã original, ou seja, *Wiederholungszwang*, que na língua portuguesa foi representada pelo o conceito de mais-além do princípio do prazer. Toda essa construção, associada às reverências que lhe foram feitas por Lacan, parecem ter induzido seus discípulos a encontrarem no ensino de Clérambault algo que escapava completamente dos fundamentos de sua teoria original.

As relações entre Lacan e Clérambault também ganharam destaque através de outras controvérsias. O chefe da Enfermaria especial sempre se mostrou desconfiado em relação ao

público que o cercava e chegou, em diferentes situações, manifestar a certeza de que existiam pessoas que lhe roubavam as ideias. Segundo Roudinesco (1988), em 1931 Lacan escreveu um artigo intitulado *Estrutura das Psicoses Paranoicas* e que foi publicado em *La Semaine des Hôpitaux de Paris*. Esse artigo continha uma nota de rodapé através da qual Lacan dizia ter tomado uma imagem, por empréstimo do ensino verbal transmitido por Clérambault e lhe rendia uma homenagem pelos termos que naquele momento utilizava. Após a publicação desse artigo, numa reunião da Sociedade Médico-Psicológica, Clérambault se apresentou em cólera e atirou no rosto de Lacan todos os exemplares dedicados de sua obra, acusando-o de plágio. Desde então, até 1966, Clérambault permaneceu ausente de toda honraria que lhe pudesse ter sido feita por Lacan. No entanto, a partir desse ano, com muita frequência, o seu nome passou a ser por ele mencionado.

Com relação a essas citações, faz-se importante destacar aqui o fato de Lacan ter afirmado que tomou por empréstimo de Clérambault a expressão **fenômeno elementar**. Entretanto, vale ressaltar que, estritamente falando, o conceito de fenômeno elementar foi introduzido na psiquiatria francesa por Mauritz Katan em 1939 – cinco anos, portanto, após o falecimento de Clérambault. Ele fazia referência aos sintomas exibidos pelos pacientes antes do surto psicótico propriamente dito (Zbrun, 2010). Brémaud, por exemplo, se refere a Katan para lembrar que “em quase todos os casos de Esquizofrenia, pode-se distinguir uma fase pré-psicótica e uma fase psicótica propriamente dita” (Brémaud, 2008, p. 384). Uma pesquisa minuciosa realizada na obra escrita de Clérambault revelou que a expressão *phénomènes élémentaires*, no sentido que lhe foi atribuído posteriormente por Lacan, não foi encontrada em nenhuma de suas passagens.

Independente de todas essas ocorrências, a obra de Clérambault possui, certamente, um valor histórico e que, até por isso, não deveria ser ignorada. Clérambault dedicou toda a sua vida ao exercício profissional ligado às atividades públicas. E foi nessas atividades que ele desenvolveu o seu trabalho clínico e assistencial, a sua pesquisa, o seu ensino, a sua arte, enfim, construiu a sua própria vida. Mesmo durante o tempo em que permaneceu à margem das principais citações psiquiátricas, ele se manteve vivo na memória de um público considerável, pelo trabalho artístico que também foi capaz de realizar. Por tudo isso, seria injusto deixar de estabelecer as relações necessárias entre as suas trajetórias de vida e o exercício profissional realizado nas áreas da medicina e da arte. Cada uma dessas suas habilidades, à sua maneira, se apresentou como responsável pela preservação do seu nome na história dos homens. Da mesma forma, tornou-se impossível deixar de lado a relação existente entre os dois cursos superiores

que concluiu – direito e medicina – marcas do exercício de sua principal atividade profissional – a medicina legal.

Antes mesmo que pudesse elaborar, talvez o seu conceito mais proeminente – o do Automatismo Mental – Clérambault já o apresentava, ainda que de maneira não tão bem estruturada, desde os seus trabalhos com os pacientes intoxicados pelo álcool, éter e cloral. Já naquele momento se mostrava presente a ideia de um comportamento abrupto, mecânico e que retirava o indivíduo da realidade. No entanto, as descrições sobre os quadros de Embriaguez Psíquica com Transformação da Personalidade se apresentaram como uma entidade nosológica totalmente inédita e representava, para Clérambault, um grupo de pacientes que vinha sendo esquecido, ignorado ou até mesmo subjugado apenas pelo ilícito dos seus atos. Dessa forma, esse grupo era, inadequadamente, reconhecido apenas pelos seu desvio de caráter e não pela sua doença. Quando Clérambault apresentou seus trabalhos sobre os alcoolistas com múltiplas interações, ele mostrou não estar indiferente em relação às distinções necessárias sobre o que era da ordem dos desvios de caráter e o que era da ordem da doença.

Outro ponto merecedor de destaque em sua obra pode ser relacionado ao cuidado que ele sempre demonstrou possuir em relação às sutilezas na colheita dos sinais e dos sintomas apresentados pelos pacientes dependentes de éter e de cloral. Essa peculiaridade de sua prática clínica possibilitava que os diagnósticos diferenciais pudessem ser estabelecidos com outros tipos de dependência química apenas através de uma observação clínica rigorosa. Esse seu atributo representado através de um exame clínico criterioso dos pacientes parece ter sido desvalorizado e deslocado por vários representantes de nossa psiquiatria contemporânea. Por todas essas características, Clérambault mereceu, sem dúvida, o reconhecimento de ter sido **um clínico**.

A Síndrome do Automatismo Mental também permitiu que Clérambault classificasse, de um lado, as Psicoses Alucinatórias e, de outro, os Delírios Passionais. Entre esses últimos, ele atribuiu à Erotomania um lugar privilegiado em relação aos delírios de ciúme e os de reivindicação. A Erotomania pura, assim definida por Clérambault, foi destacada da Paranoia e adquiriu o *status* de uma entidade nosológica toda própria. Não sem muitas controvérsias, é claro! A introdução da temática sexual e a renúncia ao platonismo entre as suas características, também garantiram uma originalidade à abordagem da Erotomania feita por Clérambault. No entanto, Clérambault apesar de não relacioná-la entre as Psicoses à base do Automatismo Mental, não se deu muito por convencido de que se tratava de uma patologia de ordem estritamente psicológica. Suas investigações através das pesquisas às respostas de reflexos neurológicos não lhe permitiram afirmar de que se tratava de uma patologia orgânica, mas

mostraram o grau de incômodo que as leituras psicodinâmicas e o afastamento radical das possíveis bases biológicas das doenças mentais lhe causavam. E essa busca por uma base orgânica em psiquiatria pareceu tão verdadeira, em toda a sua existência, que por ocasião do seu primeiro artigo sobre as Psicoses à base do Automatismo, em 1925, ele afirmou: “*Essas Psicoses entram assim na neurologia*” (Clérambault, 1925/1042, p. 528, grifo do autor).

As características da personalidade de G. G. de Clérambault certamente influenciaram para que ele viesse a ser reconhecido pela precisão de suas observações clínicas, pela redação de seus certificados, pela defesa de suas ideias e convicções. Um de seus ilustres admiradores deixou registrado em sua obra uma síntese que pode muito bem expressar o reconhecimento do qual o seu trabalho é merecedor:

O trabalho de Clérambault constitui um dos testemunhos mais eloquentes do perigo representado pelos rótulos, quando acreditamos poder, em uma única palavra, esgotar a obra e a tomada de posição a seu respeito. De fato, G. de Clérambault foi um organicista, foi mesmo até extremo (Minkowski, 1999, p. 574).

REFERÊNCIAS

1 Obras de Clérambault

Clérambault, G. (1907/1942). Ivresse psychique avec transformation de la personnalité selon P. Garnier. (Article original). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 93-125). Paris : Presses Universitaires.

Clérambault, G. (1909/1942a). Du diagnostic différentiel des délires de cause chloralique (Article original). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 2, pp. 145-210). Paris : Presses Universitaires.

Clérambault, G. (1909/1942b). Première conception d'un automatisme mental générateur de délire. (intervention). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome II, ch. 1, pp. 455-456). Paris : Presses Universitaires.

Clérambault, G. (1910/1942). Notes sur l'éthérisme. (Article original). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 3, pp. 211-249). Paris : Presses Universitaires.

Clérambault, G. (1911/1942a). Éthylisme. Fugue prolongée chez un fugueur d'habitude dépression. (Présentation de malade). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 132-140). Paris : Presses Universitaires.

Clérambault, G. (1911/1942b). Note sur les alcooliques chroniques a internements multiples. (Communiacion). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 141-144). Paris : Presses Universitaires.

Clérambault, G. (1911/1942c). Nouvelle observation du même fait. (Intervention). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 126-127). Paris : Presses Universitaires.

Clérambault, G. (1913/1942a). Délire de persécution a début érotomaniaque. (Comunicacion). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 315-322). Paris: Presses Universitaires.

Clérambault, G. (1913/1942b). Fausse Amoureuse de Prêtre Revendicatrice. In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 311-314). Paris: Presses Universitaires.

Clérambault, G. (1920/1942a). Automatisme Mental et Scission du Moi: Présentation de malade. In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome II, ch. 2, pp. 457-467). Paris: Presses Universitaires.

Clérambault, G. (1920/1942b). Coexistence de deux délires persécution et érotomanie (présentation de malade). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 323-337). Paris: Presses Universitaires.

Clérambault, G. (1921/1942a). Délire de préjudice à thème diffus avec optimisme (présentation de malade). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 444-447). Paris: Presses Universitaires.

- Clérambault, G. (1921/1942b). Diminution et modification des délires alcooliques a la suite des mesures législatives et administratives prises pendant la grande guerre. (Communication). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 127-132). Paris : Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1921/1942c). Érotomanie pure. Erotomanie associée. (Présentation de malade). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 346-370). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1921/1942d). Les délires passionnels; érotomanie revendication. Jalousie (Présentation de malade) . In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 337-346). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1921/1942e). Un cas d'érotomanie pure dépit érotomaniaque après possession. (Communication). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 373-404). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1923/1942a). Absence de caractère paranoïaque chez la majorité des persécutés hallucinés. In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome II, ch. 2, pp. 468-469). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1923/1942b). Autonomie du syndrome érotomaniaque sa forme paranoïaque n'est pas une entité clinique. Le syndrome n'est pas a base interprétative ni imaginative. L'érotomanie est irréductible au délire de revendication (réponse à diverses critiques de M. Capgras). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 414-419). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1923/1942c). Ce qu'il faut entendre par « passion » lorsqu'on parle de « délires passionnels ». (Intervention). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 423-425). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1923/1942d). Conditions d'apparition de développement et de durée des états passionnels. (Présentation de malade). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 428-443). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1923/1942e). Délires passionnels à substratum, associés entre eux, réduits. Essence physiologique de ces formes distinctes des délires systématiques auxquels elles peuvent s'assoier. (Communication). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 419-423). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1923/1942f). Discussion de ce cas deux ans après. (Réponse a une intervention). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 405-406). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1923/1942g). Érotomanie pure persistant depuis trente-sept années. (Présentation de malade). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 406-413). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1923/1942h). Érotomanie secondaire. (Intervention). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 370-371). Paris: Presses Universitaires.

- Clérambault, G. (1923/1942i). Le sympathique chez les passionnels. (Communication). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 449-451). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1923/1942j). Les psychoses hallucinatoires chroniques. (Présentation de malade). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome II, ch. 2, pp. 470-491). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1923/1942k). Les psychoses passionnelles sont irréductibles à celles des idéalistes passionnés de M. Dide. (Intervention). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 426-427). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1924/1942a). Définition de l'automatisme mental. (Intervention). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome II, ch. 2, pp. 492-494). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1924/1942b). Érotomanie prodromique. (Intervention). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, pp. 372-373). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1924/1942c). Les psychoses hallucinatoires chroniques. Analyse. Pathogénie (Communication). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome II, ch. 2, pp. 495-526). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1925/1942). Psychoses a base d'automatisme. (Premier article). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome II, ch. 2, pp. 528-544). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1926/1942). Psychoses a base d'automatisme (*suíte*) (second article). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome II, ch. 2, pp. 544-576). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1927/1942a). Discussion du rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental au congrès de Blois. In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome II, ch. 2, pp. 587-599). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1927/1942b). Réponses a différentes critiques de M. Ceillier relatives aux travaux précédents. (Lettre). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome II, ch. 2, pp. 577-579). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1927/1942c). Suites a donner aux tentatives de suicide par dépit. Ipéca et mise en liberté (intervention). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, ch. 1, p. 448). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1927/1942d). Théorie professée a l'infirmerie spéciale formules courantes de 1919 a 1923. (In article original). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome II, ch. 2, pp. 467-468). Paris: Presses Universitaires.
- Clérambault, G. (1934/1942). Les psychoses hallucinatoires rentrent dans la neurologie. (Intervention). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Pschiatrique* (Tome II, ch. 3, p. 609).
- Clérambault, G. (1935/1942). Souvenirs d'un médecin opéré de la cataracte. (Publication posthume). In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome II, In Memoriam, pp. 821-838). Paris: Presses Universitaires.

- Clérambault, G. G. de, & Edel, Y. (1991). *Passion érotique des étoffes chez la femme*. Laboratoires Delagrangé.
- Clérambault, G. (1999). Testamento holografo de GG de Clérambault. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 19(71), 467-468.
- Clérambault, G.G. (2012a). Paixão erótica dos tecidos na mulher [1908]. In Tomaz Tadeu (Org. e Trad.). *O grito da seda: Entre drapeados e costureirinhas: a história de um alienista mito louco*. (pp. 33-76). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Clérambault, G.G. (2012b). Paixão erótica dos tecidos na mulher [1910]. In Tomaz Tadeu (Org. e Trad.). *O grito da seda: Entre drapeados e costureirinhas: a história de um alienista mito louco*. (pp. 77-83). Belo Horizonte: Autêntica Editora.

2 Obras sobre Clérambault

- Álvarez, J. M. (2012). Clérambault: O apogeu da clínica do olhar. In. Tomaz Tadeu (Org. e Trad.). *O grito da seda: Entre drapeados e costureirinhas: a história de um alienista mito louco*. (pp. 13-21). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Arnoux, D. (2012). Analítica do drapeado: as fotografias de Clérambault. In. Tomaz Tadeu (Org. e Trad.). *O grito da seda: Entre drapeados e costureirinhas: a história de um alienista mito louco*. (pp. 87-106). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Barreto, F. P. (2012). S ou Síndrome do Automatismo Mental, de Clérambault. *Opção Lacaniana Online*, 3 (9), 1-5.
- Barros, J., & Campos, R., Fº. (2002). Síndrome do automatismo mental: Uma exposição doutrinária de De Clérambault. *Revista USP*. (n.54, pp.151-163).
- Calil, L. C., & Terra, J. R. (2005). Síndrome de De Clerambault: Uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Psiquiatr*, 27(2), 152-156.
- Daumazon, G., & Lanteri-Laura, G. (2017). La signification sémiologique de l'automatisme mental de Clérambault. *Journal français de psychiatrie*, (1), 11-25.
- Díez, K. M. (2011). Gaëtan Gatian De Clérambault: Clérambault y la atomización de la alucinación. *Norte de Salud mental*, 9(40).
- Estévez, F. (2001). Le premier moment de la psychose chez de Clérambault et chez Lacan. *L'Evolution psychiatrique*, 66(2), 240-249.
- Ey, H. (2006b). Une Théorie Mécaniciste: La Doctrine de G. de Clérambault. In *Études psychiatriques* (pp. 83-102). Paris: CREHEY.
- Ferretto, J. L. (2009). L'automatisme mental. *Journal français de psychiatrie*, (4), 32-36.
- Girard, M., Maurel, H., Moron, P., & Tisseron, S. (1993). *Clérambault, maître de Lacan*. Synthélabo: Paris.

- González, F. E., & Martínez, J. M. A. (1999). Último lamento de Clérambault. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 19(71), 457-466
- Gramary, A. (2008). A Síndrome de Clérambault revisitada. *Revista Saúde Mental*, 10(2), 53-7.
- Guiraud, P. (1942). Préface. In J. Fretet (Org.). *Oeuvre Psychiatrique* (Tome I, Préface, pp. V-XVI). Paris: Presses Universitaires.
- Herrera, A. G. (2015). Cuerpo y automatismo mental: (o el cuerpo en la psicosis). *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 13(1), 51-59.
- Jesuino, A. (2009). Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). (apresentação). In M. Czermak & A. Jesuino (Orgs.). *Fenômenos elementares e automatismo mental* (pp. 209-215). Rio de Janeiro: Tempo Freudiano.
- Martínez, J. M. A. (1998). La escuela del Dépot y la otra cara de la psicopatología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 18(67), 477-482.
- Martínez, J. M. A. (2015). El hombre hablado: a propósito del automatismo mental y la subjetividad moderna. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 13(1), 11-33.
- Massara, I. H. M., & Pinto, J. M. (2010). Clérambault: The feminine enjoyment. *Psicologia USP*, 21(3), 585-598.
- Matilla, K. (2015). Lenguaje y automatismo. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 13(1), 35-44.
- Maurel, H. (1993). Le texte de Clérambault: Une langue, une graphie, un style. In H. Maurel, M. Girard, P. Moron, & S. Tisseron. *Clérambault, maître de Lacan* (pp. 77-105). Synthélabo: Paris.
- Pereira, M. E. C. (1999). O “automatismo mental” e a “erotomania”, segundo Clérambault. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(1), 141-145.
- Pignarre, P. (1992). L'actualité de de Clérambault. In E. Renard. *Le docteur Gaëtan Gatian de Clérambault: Sa vie et son oeuvre (1872-1934)*. Les Laboratoires Delagrang/Synthélabo: Paris.
- Poulmarc'h, C. (1994). De Clérambault. Des délires passionnels à l'automatisme mental, une clinique possible des psychoses. In M. Demangeat (Coord.). *1958 - 1993: L'abord des psychoses après Lacan* (pp. 51-71). Paris: Point Hors Ligne.
- Rahmani, R., & Pacheco, L. (2016, May). Lmentala.net. Clásicos de la psiquiatría (XVII): Gaëtan Gatian de Clerambault. (pp. 1-10).
- Ramos Ferreira, C. M., & Santiago, J. (2014). Apresentação de pacientes: Clérambault, mestre de Lacan. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2).

- Renard, E. (1992). *Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault: Sa vie et son oeuvre (1872-1934)*. Les Laboratoires Delagrang/Synthélabo: Paris.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). Clérambault, Gaëtan Gatian de (1872-1934). In M. Jorge (Sup.). *Dicionário de Psicanálise* (pp. 120-121). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Sartori, A. P. C. (2009). *Erotomania: Amor e sexualização*. (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.
- Tadeu, T. (Org. e Trad.) (2012). Gaëtan [Henri Alfred Edouard Léon Marie] Gatian de Clérambault. In T. Tadeu (Org. e Trad.). *O grito da seda: Entre drapeados e costureirinhas: a história de um alienista mito louco*. (pp. 155-159). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Tyszler, J-J. (2009). Clérambault. In M. Czermark & A. Jesuíno (Orgs.). *Fenômenos elementares e automatismo mental* (pp. 133-161). Rio de Janeiro: Tempo Freudiano.

3 Obras diversas

- Abbagnano, N. (1982). *Dicionário de Filosofia*. (A. Bosi, Trad.). São Paulo: Mestre Jou. (Obra original publicada em 1960)
- Álvarez, J. M., Esteban, R., & Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Síntesis.
- Armstrong, E. J., Armstrong, A. W., Golan, D. E., & Tashjian, A. H., Jr. (2014). *Princípios de farmacologia: A base fisiopatológica da farmacologia* (3ª. ed., M. F. Azevedo, & P. L. Voeux, Trans.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Azevedo, D. de (1988). *Grande dicionário francês/português* (10ª. ed.). Venda Nova: Bertrand Editora.
- Barreto, F. (1999). *Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano*. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia Ltda.
- Barros, A. D. de (1922). *Sobre consequências das fraturas de crânio: a propósito dum caso de afasia e hemiplegia post-traumáticas*. (Tese de doutoramento). Faculdade de Medicina do Porto, Portugal.
- Beauchesne, H. (1989). *História da psicopatologia*. (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1986)
- Beneti, A. (2005). Do discurso do analista ao nó borromeano: Contra a metáfora delirante. *Opção Lacaniana on-line*, (3), 1-17.
- Bercherie, P. (1989). *Os fundamentos da clínica: História e estrutura do saber psiquiátrico*. (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda. (Obra original publicada em 1980)

- Bernard-Deust, C., & Dejob, A. (2009). La nouvelle loi d'archives face aux réalités de la profession d'archiviste. *Histoire@ Politique. Politique, culture, société*, (8).
- Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge University Press.
- Berrios, G. E. (2015). *Rumo a uma nova epistemologia da psiquiatria* (L. A. Ávila, Trad.). São Paulo: Escuta.
- Berrios, G. E., & Porter, R. (Ed.). (2012). *Uma História da Psiquiatria Clínica; A origem e a história dos transtornos psiquiátricos* (Vol. 1, L. A. Ávila, Trad.). São Paulo: Escuta.
- Bogousslavsky, J. (2013). The Nadja Case. In *Literary Medicine: Brain Disease and Doctors in Novels, Theater, and Film* (Vol. 31, pp. 44-51). Karger Publishers.
- Brémaud, N. (2008). Prépsychose: revue de la littérature et approche critique. *L'information psychiatrique*, 84 (5), 383-393.
- Briand, P. (2005). L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments. *ADMINISTRATION-PARIS-*, 209, 18.
- Butterfield, H. (1965). *The Whig interpretation of history* (No. 318). WW Norton & Company.
- Caldeira, R. G. D. S. (2015). *Filosofia e Psiquiatria: Loucura, dialética e liberdade. Da Antropologia de Hegel à abordagem crítica e fenomenológica da Psiquiatria no século XX* (Tese de doutorado). Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Capgras, J., & Sérieux, P. (1909). *Les Folies raisonnantes: Le délire d'interprétation*. Paris: Félix Alcan.
- Caponi, S. (2011). Magnan e a classificação das patologias psiquiátricas. *Revista Brasileira de História da Ciência*, 4(2), 167-182.
- Caponi, S. (2012). *Loucos e degenerados: Uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Ceillier, M. A. (1924). Lettre à M. Mignard à Propos de son récent article sur la "Subduction Mentale Morbide". *Annales médico-psychologiques*, n° 02 (pp. 329-334). Paris: Masson.
- Cheniaux, E. (2015). *Manual de Psicopatologia* (5ª. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Correia, D. (2014). A Evolução Conceptual do Delírio desde a sua Origem até à Modernidade. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 12, 40-51.
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Semiologia e psicopatologia dos transtornos mentais* (2ª. ed.). São Paulo: Artmed.
- Descartes, R., de La Forge, L., Le Gras, N., & Le Gras, N. (1988). *L'homme*. chez Charles Angot.

- Descartes, R. (2001). *Discurso do Método* (3ª ed., M. E. Galvão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1637)
- Descartes, R. (2002). *Traité de l'homme: Extraits*. J.-M. Tremblay. (Obra Original publicada em 1648)
- Deleuze, G. (1991). *Dobra (a): Leibniz e o barroco*. Campinas: Papyrus Editora.
- Douville, O. (2007). O delírio de negação de Cotard a Séglas. *Psicologia Clínica*, 19(1), 187-200.
- Dupré, E. (1925). *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*. Paris: Payot.
- Dutra, M. C. B. (2000). As relações entre psicose e periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(4), 48-58.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1981). *Manual de Psiquiatria*. (P. C. Geraldês & S. Ioannides, Trad.). Rio de Janeiro: Masson. (Obra original publicada em 1960)
- Ey, H. (2006a). Principes D'une Conception Organo-Dynamiste de la Psychiatrie. In *Études psychiatriques* (pp. 157-186). Paris: CREHEY.
- Fernandes, F., Guimarães, F. M., & Luft, C. P. (1992). *Dicionário brasileiro globo* (25ª ed.). São Paulo: Globo.
- Fernandes, L. M. (2014). O homem máquina de la Mettrie. *Alamedas*, 2(1).
- Ferreira, C. M. R. (2007). Apresentação de pacientes: (re)descobrimo a dimensão clínica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 10(2), 295-310.
- Ferreira, C. M. R. (2013). *Apresentação de pacientes: dispositivo e discursos* (Tese de doutorado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.
- Frezzatti Jr, W. A. (2003). Haeckel e Nietzsche: aspectos da crítica ao mecanicismo no século XIX. *Scientiae studia*, 1(4), 435-461.
- Freud, S. (1896/1977). Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa (1896). In S. Freud. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., vol. III, pp. 183-211). Rio de Janeiro: Imago.
- Garnier, P. (1890). *La folie à Paris: étude statistique clinique et médico-légale*. Baillièrre.
- Gómez, C. D., Lermenier, A., & Milhet, M. (2013). L'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux moins de 18 ans. *Tendances n° 87, OFDT*.
- Guilin, M. (1872). *Souvenirs de la dernière invasion: Épisodes de la guerre de sept mois sous Metz & dans le Nord.*(2 Part in 1 Vol.) (Vol. 2). Limoges: Charles Père.
- Guyot, Y. (1917). *La question de l'alcool: allégations et réalités*. Paris: Librairie Félix Alcan.

- Hansen, C. J., & Ortega, R. (2017). História e futuro. In Barash, P. G., Cahalan, M. K., Cullen, B. F., Ortega, R., Sharar, S. R., Stock, M. C., & Stoelting, R. K. *Fundamentos de Anestesiologia Clínica* (Jussara, N. T. B., & Renate, M., Trad., pp. 3-10). Porto Alegre: Artmed.
- Harari, A. (2006). *Clínica lacaniana da psicose. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.*
- Harari, A. (2008). *Fundamentos da prática lacaniana: risco e corpo* (Doctoral dissertation). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Hochmann, J. (2015). *Histoire de la psychiatrie: «Que sais-je?» n° 1428*. Presses universitaires de France.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Alcan.
- Janet, P. (1893). *L'Etat mental des hystériques: Les stigmates mentaux*. Paris: Rueff.
- Jaspers, K. (1979). *Psicopatologia Geral* (Dr. S. P. Reis, Trad., vol. I). Rio de Janeiro: Atheneu. (Obra original publicada em 1913)
- Lacan, J. (1987). *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade* (A. Menezes, M. A. C. Jorge, & P. M. da Silveira Jr., Trad.). Rio de Janeiro: Forense-Universitária. (obra original publicada em 1932)
- Lacan, J. (1998a). A coisa freudiana ou o Sentido do retorno a Freud em psicanálise. In V. Ribeiro (Trad.). *Escritos* (pp. 402-437). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1955)
- Lacan, J. (1998b). De nossos antecedentes. In V. Ribeiro (Trad.). *Escritos* (pp. 69-76). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.
- Lachenmeier, D. W., Walch, S. G., Padosch, S. A., & Kröner, L. U. (2006). Absinthe – a review. *Critical reviews in food science and nutrition*, 46(5), 365-377.
- Lantéri-Laura, G. (2004). Principales théories dans la psychiatrie contemporaine. *emc-Psychiatrie*, 1(2), 128-149.
- Larousse, P. (1975). *Petit Larousse illustré*. Paris: Librairie Larousse.
- Licci, D. P. (1921). O reflexo oculo cardiaco e a exploração funcional do coração. *Arquivos rio-grandenses de medicina*, 2(2), 59-63.
- Lobato, G. R., & Lobato, O. (2011). Descartes e o ensino médico. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 55(2), 208.
- Marconi, M. D. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5ª. ed.). São Paulo: Atlas.

- Marques, J. (1993). *Descartes e sua concepção de homem: com uma tradução de Tratado do homem* (Vol. 25). Edições Loyola.
- Martinbiancho, J. K. (2008). *Uso de hidrato de cloral para sedação em unidade de tratamento intensivo pediátrica: indicações, efeitos adversos e fatores de risco associados*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Meyer, G. R. (2008). Algumas considerações sobre o sujeito na psicose. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 11(2), 299-312.
- Miller, J. A. (1995). A invenção do delírio. *Opção lacaniana online*, 5, 1-25.
- Miller, J-A. (1997). *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Miller, J-A. (1999). *Perspectivas do Seminário 5 de Lacan: as formações do inconsciente*. (M. J. S. Fuentes, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1998)
- Miller, J. A. (2016). *Perspectivas do Seminário 23 de Lacan: o sinthoma*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Miranda, J. da C. (1882). *O Chloral*. (Dissertação Inaugural). Escola Medico-Cirurgica do Porto, Portugal.
- Miranda, J. C. de (1917). *As auto-intoxicações da gravidez*. (Dissertação Inaugural). Faculdade de Medicina do Porto, Portugal.
- Minkowski, E. (1999). *Traité de psychopathologie*. Paris: Synthélabo.
- Morel, B. A. (1866). *Du délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral*. P. Asselin.
- Paim, I. (1976). *Tratado de psiquiatria*. São Paulo: Grijalbo.
- Pereira, M. E. C. (1999). O “automatismo mental” e a “erotomania”, segundo Clérambault. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(1), 141-145.
- Pereira, M. E. C. (2007). As “loucuras raciocinantes” e a constituição do campo da paranóia na psicopatologia atual. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(2), 332-339.
- Pereira, J. M. M. (2015). *A Psiquiatria em Portugal: protagonistas e história conceptual (1884-1924)* (Tese de doutorado). Departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Rajchman, J. (1998). *Constructions*. MIT press.
- Roudinesco, E. (1988). *História da psicanálise na França: a batalha dos cem anos (1925-1985)* (Vol. 2, V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1986)

- Roudinesco, E. (1989). *História da psicanálise na França: a batalha dos cem anos (1885-1939)* (Vol. 1, V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1986)
- Sass, H., & Herpertz, S. (2012). Transtornos de personalidade. In. Berrios, G. E., & Porter, R. (Ed.). *Uma história da psiquiatria clínica: A origem e a história dos transtornos psiquiátricos* (Vol. 3, L. A. Ávila, Trad., pp. 987-1003). São Paulo: Escuta.
- Schneider, K. (1978). *Psicopatologia clínica* (3a. ed., E. C. Leão, Trad.). São Paulo: Mestre Jou. (obra original publicada em 1948)
- Schneider, K. (1980). *Las personalidades psicopáticas* (8a. ed., Dr. B. Llopis, Versión Española). Madrid: Morata. (obra original publicada em 1943)
- Séglas, J. (1897). *Le délire des négations: séméiologie et diagnostic*. Paris: G. Masson.
- Sérieux, P., & Capgras, J. (1910). Le délire d'interprétation et la folie systématisée. *L'Année psychologique*, 17(1), 251-269.
- Sheldrake, R. (2014). *Ciência sem dogmas: a nova revolução científica e o fim do paradigma materialista*. (M. F. O. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Cultrix.
- Sieczkowski, J. B. C. (2008). Conhecimento e justificação: a origem de debate entre internalismo vs. externalismo. *Filosofia Unisinos*, 9(3), 228-242.
- Simanke, R. T. (1994). Lacan: subjetividade e psicose. *discurso*, (23), 149-176.
- Skinner, Q. (1969). Meaning and Understanding in the History of Ideas. *History and theory*, 8(1), 3-53.
- Tribolet, S., & Shahidi, M. (2005). *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*. Heures de France.
- Wallace, E. R., & Gach, J. (Eds.). (2008). *History of psychiatry and medical psychology: With an epilogue on psychiatry and the mind-body relation*. Springer Science & Business Media.
- Zanotti, S. V., & Maurício, T. F. (2014). Fenômenos elementares na psicose: O caso Schreber. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 4(1), 26-34.
- Zbrun, M. (2010). A clínica diferencial das psicoses e as psicoses ordinárias. *Opção Lacaniana*, Ano 1, n. 3, 1-9.