

## O colapso de Turim: patografias de Nietzsche e racionalidades médicas

Turin's breakdown: Nietzsche's pathographies and medical rationalities

Rogério Paes Henriques<sup>1</sup>

**Abstract** *At age 44, after suffering a breakdown in Turin, philosopher Friedrich Nietzsche was diagnosed with neurosyphilis. There was no necropsy on his body, so this medical diagnosis has been questioned over the time. We conducted a literature review on the medical diagnosis of Nietzsche, which emphasizes three genres of pathographies that emerged successively as alternatives explanations for Nietzsche's breakdown in Turin: (1) narratives about syphilis ("demoniac-pathological"); (2) narratives about functional psychosis ("heroic-prophetic"); (3) other narratives about organic diseases, other than syphilis ("scientific-realistic"). The latter – which correspond to our study object in this work – undertake retrospective diagnostics, attempting to retrieve the "truth" underlying the disease and elucidate "Nietzsche's affair". We inquire this detective-like impetus, currently taken to the extreme by "evidence-based medicine", and we denounce its anachronism. Syphilis has become a scientific fact only after the death of Nietzsche. We conclude that the diagnosis he received is shown to be consistent with the nineteenth-century medical rationality and the syphilis status as a cultural fact at that time.*

**Key words** *Turin's breakdown, Nietzsche, Pathographies*

**Resumo** *Aos 44 anos, após sofrer um colapso em Turim, o filósofo Friedrich Nietzsche recebeu o diagnóstico médico de neurosífilis. Devido à ausência de autópsia em seu corpo, tal diagnóstico médico vem sendo questionado historicamente. Realizou-se a revisão da literatura disponível sobre o diagnóstico médico de Nietzsche. Destacam-se três gêneros patográficos que emergiram sucessivamente como explicações para o colapso de Turim: (1) narrativas sobre a sífilis ("demoníaco-patológicas"); (2) narrativas sobre as psicoses funcionais ("heroico-proféticas"); (3) narrativas sobre outras doenças orgânicas, distintas da sífilis ("científico-realistas"). Estas últimas – que correspondem ao nosso objeto de estudo propriamente dito neste trabalho – empreendem diagnósticos retrospectivos, buscando extrair a "verdade" subjacente à doença e elucidar o "caso Nietzsche". Questionamos tal ímpeto detetivesco, exponenciado atualmente pela "medicina baseada em evidência", e denunciemos seu anacronismo. A sífilis tornou-se um fato científico somente após a morte de Nietzsche. Conclui-se que o diagnóstico por ele recebido mostra-se consistente com a racionalidade médica oitocentista e com o estatuto da sífilis como um fato cultural naquela época.*

**Palavras-chave** *Colapso de Turim, Nietzsche, Patografias*

<sup>1</sup> Centro de Educação de Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Sergipe. Av. Marechal Rondon s/n, Jardim Rosa Elze. 49100-000 São Cristóvão SE Brasil. ruggerosph@gmail.com

## Introdução

O filósofo apátrida Friedrich Nietzsche, nascido na Alemanha, professor aposentado por motivos de saúde na Suíça, já em sua fase nômade e solitária – em 7 de janeiro de 1889, aos 44 anos – sofreu um colapso ao perambular pela Praça Carlo Alberto, quando de sua estada em Turim, na Itália. Janz<sup>1</sup> relata que, compadecido com o açoite de um cavalo, Nietzsche teria se lançado ao pescoço do animal, abraçando-o e, posteriormente, teria caído desfalecido, encarnando assim uma personagem dostoiévskiana. Em 10 de janeiro de 1889, ele foi internado em estado claramente maníaco na clínica psiquiátrica Friedmatt – localizada na Basileia, cidade onde outrora ele havia lecionado –, dirigida pelo Dr. Ludwig Wille. Nessa instituição, Nietzsche recebeu o diagnóstico de “paralisia geral progressiva” – PGP (neurossífilis), posteriormente confirmado na clínica psiquiátrica da Universidade de Iena, dirigida pelo Dr. Otto Biswanger, para onde ele seria transferido a pedido de sua mãe. Tal diagnóstico médico seria então assimilado pela posteridade como explicação oficial de seu “afundamento” (*Zusammenbruch*, segundo a expressão presente nas correspondências nietzschianas), após o qual, Nietzsche foi acometido por um processo degenerativo demencial do qual ele nunca mais se recuperaria. Seu amigo, Franz Overbeck, que o transladou de Turim a Basileia, testemunhando sua devastação, afirmou dias após o colapso: “Nietzsche não existe mais!”<sup>1</sup>. Tornou-se consequentemente dependente de cuidados externos, prestados respectivamente por sua mãe e irmã, até sua morte em 25 de agosto de 1900.

O diagnóstico médico de Nietzsche nunca foi ponto pacífico entre os comentadores, sendo a primeira grande crítica a ele datada do início da década de 1930<sup>2</sup>. Desde então, muitos são os autores que tentam pôr em xeque a associação de Nietzsche com a sífilis, originando por conseguinte dois gêneros patográficos alternativos ao diagnóstico oficial: (1) narrativas sobre as psicoses funcionais; (2) narrativas sobre outras doenças orgânicas, distintas da sífilis. A partir do início do século XXI, as críticas têm ganhado fôlego, sobretudo, por parte de autores oriundos do campo médico que vêm propondo novas hipóteses diagnósticas de doenças orgânicas a Nietzsche, diferentes da sífilis. Visamos analisar aqui tais críticas patográficas recentes de autores do campo médico sobre Nietzsche, não sem antes apresentar o primeiro gênero alternativo supracitado e a patografia decorrente do diagnóstico oficial.

De acordo com os distintos gêneros patográficos existentes, percebe-se que o diagnóstico médico de Nietzsche, por não ser ponto pacífico entre os autores, determina diferentes possibilidades de apreensão de sua produção textual. Ou seja, a recepção de sua obra filosófica parece ser influenciada pela presunção do seu diagnóstico médico. Nesse sentido, o diagnóstico de Nietzsche não seria um mero apêndice, importando a todos que se ocupam da sua obra.

## Gêneros de patografias de Nietzsche

Aschheim<sup>3</sup> relata que a batalha do “nietzschianismo”, como ele designa as múltiplas tendências que reivindicavam o legado de Nietzsche entre 1890 e 1914, se dava em torno de dois modos opostos de recepção de sua obra: “demoníaco-patológico” *versus* “heroico-profético”, oriundos respectivamente do eugenismo médico atrelado à degeneração e dos movimentos vanguardistas do *fin-de-siècle*. Para além de sua evidente oposição, ambos os modos de recepção compartilhavam uma linguagem mítico-existencial tipificando Nietzsche em termos trans-humanos, envolto numa aura de potência sobrenatural. Os gêneros patográficos associados à sífilis e às psicoses funcionais derivam respectivamente desse binarismo originário entre detratores e adoradores de Nietzsche, inseridos no contexto cultural mais amplo da disputa em torno da herança nietzschiana. Desse modo, apropriando-nos dos termos propostos por Aschheim, designaremos as patografias associadas à sífilis por “demoníaco-patológicas”, enquanto as patografias atreladas às psicoses funcionais serão chamadas de “heroico-proféticas”.

## Patografias demoníaco-patológicas

O primeiro gênero, constituído pelas “patografias demoníaco-patológicas”, confirma o diagnóstico oficial de Nietzsche, inspirando-se na obra *Degeneration*, publicada por Max Nordau em 1892. Médico e antimodernista convicto, Nordau denunciava então a suposta degeneração social de sua época, da qual Nietzsche seria um emblemático porta-voz<sup>3</sup>. Em 1902, a intuição de Nordau foi desenvolvida por Möebius<sup>4</sup>, célebre médico que escreveu a primeira patografia específica sobre Nietzsche, sendo posteriormente estabelecida por Lange-Eichbaum<sup>5,6</sup> nos seus respectivos trabalhos de 1930 e 1947.

Tanto Möebius quanto Lange-Eichbaum, segundo a pior tradição literária psicobiográfica, acabariam por associar vida e obra do filósofo,

patologizando seus escritos de forma capciosa e caricatural. Nesse sentido, a obra de Nietzsche seria um mero reflexo sintomático de sua doença, e seu pensamento (torto) refletiria nada mais do que seu cérebro degenerado pelo efeito das bactérias sífilíticas. Janz<sup>1</sup> assinala que a ampla recepção desse gênero patográfico (“demoníaco-patológico”) sobre Nietzsche dificultou a pesquisa nietzschiana. Constitui-se de uma bricolagem duvidosa entre pseudociência psiquiátrica acerca do “degenerado”<sup>7</sup> e leitura desastrosa de sua obra.

Em 1936, Jaspers<sup>8</sup>, médico e filósofo, contemporâneo a Lange-Eichbaum, também confirmou o diagnóstico de sífilis: “Para a concepção de Nietzsche (...) é essencial (...) o fato de que a doença mental do final de 1888 tenha sido uma doença orgânica cerebral, nascida de causas externas, e não de uma disposição interna. Se querem diagnósticos, diremos que, muito provavelmente, (...) foi uma paralisia [PGP]”<sup>8</sup>. Todavia, na direção inversa, tentou revalorizar a obra nietzschiana ao reintroduzir a discussão filosófica ao “caso Nietzsche” – abrindo caminho assim às “patografias heroico-proféticas” –, muito embora o estrago já estivesse feito, tendo a posteridade assimilado, por contágio semântico, a correlação entre a sífilis e a condenação da filosofia nietzschiana. Não à toa, as “patografias heroico-proféticas” pós-jaspersianas, como veremos, tendem a rechaçar o diagnóstico oficial de sífilis atribuído a Nietzsche.

### Patografias heroico-proféticas

Passemos às “patografias heroico-proféticas” sobre Nietzsche, atreladas às psicoses funcionais: “psicose maníaco-depressiva” (PMD) / “transtorno afetivo bipolar” (TAB)<sup>9-12</sup> e “esquizofrenia”<sup>13,14</sup>. Esse gênero patográfico acabou por associar, com significativas diferenças de grau entre os autores, a “loucura” (termo genérico dado à experiência trágica, renomeada “psicose” em sua descrição pela psiquiatria psicodinâmica) à genialidade/criatividade; essa tradição remonta a Aristóteles em seu famoso *Problemata XXX* e, também a Hipócrates em sua discussão sobre a suposta loucura do filósofo Demócrito de Abdera, cujo resgate histórico possibilitou celebrar em Nietzsche uma espécie de “loucura heroica” e sua capacidade normativa de autossuperação, que se confundiria com sua própria produção filosófica. Cybulska<sup>11</sup> e Young<sup>12</sup>, por exemplo, em publicações bem recentes datadas respectivamente de 2000 e 2014, terminam seus textos celebrando gênios-criativos pretensamente bipolares, tais como: Platão, Newton, Mozart, Wagner, Hölderlin, Coleridge, Schumann, Byron, John Donne, Van Gogh, Georg Cantor, Winston

Churchill, Silvia Path, John Lennon, Leonard Cohen etc. Segundo essa vertente patográfica, os maiores bens, também, nos vêm pela loucura, dom divino – tal como se lê no *Fedro*, de Platão, tipificado no *daimonion* de Sócrates.

Embora as raízes desse gênero patográfico remontem manifestamente ao *ethos* grego clássico, isso não implica todavia uma relação de continuidade histórica (linear e triunfante) em sua celebração de Nietzsche. Sua redescoberta localiza-se no movimento expressionista – representante do modernismo alemão até 1914 – que cultiva tendência similar à “celebração da loucura”, cujo *pathos* supostamente provedor de uma “perspectiva iluminadora” (profética) libertaria das convenções sociais e das leis opressivas. Para o expressionismo alemão tardio, o louco seria assim a encarnação do *Übermensch* – noção nietzschiana de controversa tradução que remete a um ultrapassamento do homem<sup>3</sup>. Ao experimentar e superar sua loucura, Nietzsche entraria para o panteão dos raros gênios-loucos, que teriam conseguido afirmar sua vida como obra de arte.

Esse gênero patográfico “heroico-profético” sobre Nietzsche desenvolveu-se a partir do contexto existencialista europeu pós-II Guerra Mundial com a psicodinamização da psiquiatria via psicopatologias compreensiva (fenomenológica) e explicativa (psicanalítica), em torno das narrativas de “casos clínicos” – aquilo que Freud chamava *Krankengeschichten* (literalmente, “história do doente”). Retoma-se aí uma concepção positivada da loucura, em contraposição à perspectiva deficitária (e tutelar) então perpetrada pela psiquiatria organicista, à qual Nietzsche aliás ainda estava atrelado. Resgata-se a fala do louco através de uma clínica da escuta baseada em narrativas. Inspira-se nas análises de artistas célebres com enfoque na relação entre loucura e criação estética, sobretudo via fenomenologia (“caso August Strindberg”, analisado por Jaspers<sup>15</sup> em 1922, e por Ludwig Biswanger<sup>16</sup> – sobrinho de Otto Biswanger –, em 1965) e via psicanálise (“caso James Joyce”, analisado por Lacan<sup>17</sup> em 1975/1976). Para além das divergências teóricas advindas da trama conceitual resultante dessas leituras, elas compartilham entre si uma perspectiva autopoietica do louco/psicótico.

### Patografias científico-realistas

O terceiro e último gênero de patografia sobre Nietzsche – que constitui propriamente nosso objeto de estudo neste trabalho –, associado a outras patologias orgânicas que não a sífilis – tumores cerebrais<sup>11,18-21</sup>; demência frontotemporal<sup>22,23</sup>;

demência vascular<sup>11</sup>; CADASIL<sup>24-26</sup>; MELAS<sup>27</sup> –, é aquele que se mantém aparentemente mais neutro com relação à obra de Nietzsche, buscando antes se apropriar de sua figura lendária para reescrever retrospectivamente a história dessas doenças; encontra-se menos interessado em Nietzsche e mais na autopromoção de novas doenças, ao sabor da chamada *disease mongering*<sup>28</sup>.

Surge na virada do terceiro milênio, com o apogeu dos regimes neoliberais de gestão política, no contexto da eficácia sanitária atrelada à lógica gerencial e à organização do trabalho médico “pós-clínica”, caracterizado pela parametrização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; como consequência, dá-se o pareamento clínico-metodológico da prática médica ao paradigma epidemiológico-estatístico. A racionalidade através da qual esse gênero narrativo pretende que sua posição seja verdadeira repousa genealogicamente sobre a noção de “evidência científica”, cujo cerne consiste em considerar apenas os saberes referidos a objetos perfeitamente delimitados (reducionismo), a materiais (positivismo) permanentes e não contraditórios (formalismo). O “discurso da evidência” visa assim se tornar uma espécie de metalinguagem, por meio da qual a biomedicina contemporânea, adepta do “fim da história”<sup>29</sup>, propõe-se a dar a palavra final, transcendendo a querela diagnóstica de Nietzsche e abortando assim as polifonias narrativas, em prol de sua “última versão”. Essa tendência se ilustra atualmente no campo psiquiátrico pelo projeto *Research Domain Criteria* (RDoC) do *National Institute of Mental Health* (NIHM)<sup>30</sup>, principal órgão finan-

ciador de pesquisa em saúde mental nos Estados Unidos, que pretende ancorar o diagnóstico psiquiátrico na patofisiologia, reduzindo o “mental” ao “cerebral”. A partir da perspectiva neurocientífica adotada, esse projeto escancara e radicaliza o reducionismo biológico em curso na psiquiatria, que a *American Psychiatric Association* (APA) até então procurava manter velado e em banho-maria em sua empreitada nosológica assumidamente “neokraepeliniana”, via *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM)<sup>31</sup>. Como consequência, esse gênero patográfico, que designaremos “científico-realista” (já que calcado numa interpretação realista da ciência), desconsidera a filosofia de Nietzsche, reduz sua biografia aos dados clínicos de anamnese e se atém à objetividade da doença, e não mais ao “caso clínico”.

O Quadro 1, a seguir, sistematiza as principais hipóteses diagnósticas atribuídas recentemente a Nietzsche. O Quadro 2, ao final deste artigo, apresenta um glossário dos termos técnicos médicos. Alguns autores pressupõem a existência de comorbidades e, portanto, propõem várias hipóteses diagnósticas para Nietzsche. Assim, por exemplo, Cybulska<sup>11</sup> assinala que o TAB é uma boa hipótese para explicar os sintomas afetivos que Nietzsche teria manifestado ao longo de sua vida, porém, essa hipótese diagnóstica não daria conta, por si só, do seu processo degenerativo após o colapso em Turim, que seria portanto explicado por um quadro de demência vascular; ademais, essa autora não exclui, ainda, um eventual tumor cerebral inespecífico como possível causa do colapso e posterior declínio de Nietzsche.

**Quadro 1.** Principais hipóteses diagnósticas (HD) recentes, publicadas a partir de 2000, alternativas à sífilis, atribuídas a Nietzsche como explicação causal para o seu colapso sofrido em Turim.

HD	AUTORES
Tumor do tipo Meningioma	Sax (2003) <sup>18</sup> Huenemann (2013) <sup>21</sup>
Outros tumores cerebrais	Cybulska (2000) <sup>11</sup> Owen, Schaller & Binder (2007) <sup>19</sup> Figuroa (2007) <sup>20</sup>
Demência Frontotemporal	Orth & Trimble (2006) <sup>22</sup> Miranda & Navarrete (2007) <sup>23</sup>
Demência Vascular	Cybulska (2000) <sup>11</sup>
CADASIL	Hemelhoet, Hemelhoet & Devreese (2008) <sup>24</sup> Bosh & Höfer (2011) <sup>25</sup> Perogamvros, Perrig, Bogousslavsky & Giannakopoulos (2013) <sup>26</sup>
MELAS	Koszka (2009) <sup>27</sup>
PMD/TAB	Young (2014) <sup>12</sup>
Esquizofrenia	Schain (2001) <sup>14</sup>

Apresentaremos no próximo tópico o estudo de caso de Fleck<sup>32</sup> da construção da sífilis ou lues (praga) como um fato científico datado, como base para examinarmos as críticas recentes ao diagnóstico de Nietzsche, atreladas às “patografias científico-realistas”.

### Estilos de pensamento atrelados à sífilis

Tomemos inicialmente a noção fleckiana de “estilo (estrutura ou coletivo) de pensamento” e apliquemo-la às discussões patográficas sobre Nietzsche. A sífilis foi percebida e concebida de diversas formas ao longo da história, de acordo com os estilos de pensamento então vigentes, isto é, de acordo com os diferentes *a priori* sócio-históricos que determinam nos seres falantes correspondentes formas de pensar, sentir e agir. No século XV, por exemplo, ela foi primeiramente descrita como uma entidade nosológica atrelada ao “mal venéreo”, sendo indistinta da gonorreia e do cancro mole. Associava-se ao castigo/punição à luxúria, um dos pecados capitais, cujo determinante era a influência dos astros:

*A maioria dos autores supõe que a conjunção de Saturno e Júpiter em 25 de novembro de 1484, sob o signo de Escorpião e na Casa de Marte, foi a causa do mal venéreo (Lustseuche). O bom Júpiter sucumbiu ante os malignos planetas Saturno e Marte. O signo de Escorpião, ao qual estão submetidas as partes sexuais, explica porque foram os genitais o primeiro ponto afetado pelas novas doenças<sup>32</sup>.*

Paulatinamente, outra percepção/concepção veio sobrepor-se à do mal venéreo, coexistindo com ela, na qual a sífilis passaria a ser percebida e concebida como entidade nosológica empírico-terapêutica assim definida: aquela condição inespecífica que reage ao mercúrio. Passaria a associar-se então ao sangue sífilítico, cujo determinante era a teoria dos humores hipocrático-galênica. Schain<sup>14</sup> assinala que o próprio Nietzsche, quando aluno secundarista interno em Pforta, antes ainda de qualquer suspeita de sífilis, recebeu cuidados compatíveis com a teoria dos humores, tendo sido tratado pelo médico desse colégio (Dr. Zimmermann) com sanguessugas e moscas espanholas contra fortes dores de cabeça, as quais acabariam por lançá-lo efetivamente no “circuito da saúde”.

Por fim, no fechamento do século XIX, a sífilis passaria a ser concebida como entidade nosológica biomédica, atrelada à ciência bacteriológica, cuja condição específica era determinada pelo *treponema pallidum* e cuja história natural

passaria a ser conhecida. Contribuíram nesse sentido Neisser e Ducrey, que isolaram respectivamente o agente causal da gonorreia, em 1879, e do cancro mole, em 1889, além de Wassermann, que estabeleceu o teste sorológico para a sífilis em 1906. Cabe ressaltar que o diagnóstico científico da sífilis baseado no teste Wassermann não correspondeu a um tratamento científico da sífilis, o qual só viria a ocorrer após a introdução da penicilina como fármaco, em 1941.

Portanto, na ocasião em que se deram os diagnósticos de paralisia geral progressiva - PGP (neurosífilis) a Nietzsche na clínica da Basileia e na clínica de Iena, em 1889, quando a bacteriologia dava seus primeiros passos, havia certa correlação para a razão médica oitocentista entre a sífilis, a gonorreia e o cancro mole em torno do estilo de pensamento atrelado ao mal venéreo e ao mercúrio.

### Críticas recentes do diagnóstico médico de Nietzsche

As críticas recentes ao diagnóstico de Nietzsche – empreendidas por autores oriundos do campo médico, adeptos das “patografias científico-realistas” – centram-se sobretudo no questionamento do estatuto da sífilis como entidade nosológica oitocentista e no estatuto de Nietzsche como paciente na ocasião de seu colapso de Turim.

### O estatuto da sífilis no século XIX

Desde o final do século XIX, a sífilis era motivo de grande inquietação dada à presunção de sua crescente influência mórbida, no enquadre de uma “doença total”, que a tornaria uma espécie de princípio etiológico geral, sendo percebida/concebida como causa de uma ampla gama de quadros sintomáticos<sup>33</sup> - dentre os quais, a demência em homens de meia-idade. O colapso de Nietzsche em Turim, episódio responsável pelo desencadeamento de seu irreversível processo demencial, ocorreu aos 44 anos, quando ele estava justamente na chamada meia-idade, portanto, a carapuça teria lhe servido. Em outras palavras: as críticas partem da ideia de que o diagnóstico de sífilis seria o “equivoco” típico daquela época, do qual Nietzsche teria sido vítima.

Biógrafos e patógrafos recentes<sup>11,14,21,34</sup> vêm afirmando que Nietzsche confessou, de forma genérica, ter se infectado por duas vezes, quando de sua admissão, em janeiro de 1889, na clínica psiquiátrica da Basileia. Os críticos se dividem na análise dessa “confissão” pessoal: uns alegam

que Nietzsche referia-se à gonorreia – que ele de fato contraiu em sua época de estudante –, e não à sífilis; outros tomam tal “confissão” como sendo o único dado (nada evidente) que embasou o diagnóstico de sífilis, denunciando então o suposto erro dos médicos ao crerem ingênua ou oportunamente na anamnese de um paciente com estado mental alterado (maníaco).

Todavia, essa “confissão” de Nietzsche pode não ter tido essa importância toda que se presume. Ao contrário do que sugere Podack<sup>2</sup>, naquela época, PGP era sinônimo de sífilis havendo ou não história pregressa de contágio; inclusive, explica Schain<sup>14</sup>, acreditava-se que os casos mais brandos de sífilis – nos quais o contágio passava despercebido e as duas primeiras fases transcorriam amenas – eram justamente aqueles que evoluíam para sua temível fase terciária (com dano cerebral). A exceção era o diretor da clínica de Iena, Otto Biswanger, que discordava que todos os casos de PGP fossem decorrentes da sífilis, e, numa publicação de 1894, sustentou que alguns desses casos deviam-se à “sobrecarga” do cérebro – explicação próxima à causa que Elisabeth Förster-Nietzsche também atribuiu ao colapso de seu irmão: dano cerebral causado por excesso de trabalho e abuso de drogas. Em seu embate com Möebius, Biswanger acreditava que no máximo 70% dos casos de paralisia pudessem ser explicados como infecção luética<sup>1</sup>. Schain<sup>14</sup> se pergunta se não teria sido a experiência com Nietzsche como paciente que levou Biswanger a tal ponto de vista. De qualquer forma, essa ideia de Biswanger não vingaria e, na ocasião da morte de Nietzsche, em 1900, já havia um consenso no campo médico, que entendia a PGP como sinônimo de doença cerebral sífilítica. O responsável pelo consenso em torno da tese da origem sífilítica da PGP foi Alfred Fournier, o mais consagrado sífilógrafo do *fin-de-siècle*, que tinha o crédito de Emil Kraepelin, considerado o pai da psiquiatria moderna. Essa tese seria, de fato, confirmada em 1913, quando pesquisadores do Instituto Rockefeller para Pesquisas Médicas anunciaram ter encontrado o *treponema pallidum* no cérebro de paralíticos<sup>33</sup>.

Portanto, há que se relativizar o valor heurístico dessa “confissão” pessoal no estabelecimento do diagnóstico médico de sífilis a Nietzsche. Além disso, como vimos, a gonorreia – que Nietzsche de fato teria contraído – e a sífilis pertenciam ao mesmo complexo semântico-discursivo em torno do mal venéreo, o que por si só poderia justificar seu diagnóstico de sífilis ao olhar médico oitocentista, dada a indistinção então existente

entre ambas as categorias nosológicas. Tal diagnóstico só poderia ser considerado um “equivoco” de uma perspectiva retroativa, que enxerga o passado com as lentes do presente, esta sim, equivocada, já que anacrônica.

### O estatuto de Nietzsche como paciente

Alguns autores vêm sustentando que Nietzsche, na ocasião do seu colapso, em Turim, era um “paciente de segunda classe”<sup>18,19</sup> – Nietzsche ainda não era famoso como escritor, tampouco ele ou sua família possuíam recursos financeiros suficientes à aquisição de uma atenção médica adequada. Nietzsche foi, de fato, internado na segunda classe em função de seus poucos recursos como professor aposentado em Basileia para o custeio de suas despesas com o tratamento asilar<sup>1</sup>. Trata-se de um argumento muito sedutor, já que afim àquele da antipsiquiatria, que ganha atualmente um contorno politicamente correto, porém, visamos lançar nossa análise para além da vulgata denunciata em torno dos conhecidos efeitos iatrogênicos do modelo manicomial, insuficiente quando aplicada ao caso Nietzsche. Tais autores vêm sustentando que a irrelevância simbólica e financeira de Nietzsche – depositado numa ala asilar para pobres – teria propiciado o suposto equivoco (o diagnóstico de sífilis “feito às pressas”), que eles próprios visam consertar. Todavia, seja no final de sua vida seja após sua morte, quando Nietzsche já havia ganhado os ares de uma “celebridade”, seu diagnóstico médico efetivamente não se modificou em função disso. Safranski<sup>35</sup> assinala que, entre 1890 e 1914, “O nome Nietzsche tornou-se um signo de reconhecimento (...) O nietzschianismo se tornou tão popular que já nos anos noventa apareceram as primeiras paródias, sátiras e textos difamantes sobre ele”. Um exemplo emblemático dos primórdios da transformação de Nietzsche em celebridade ocorreu no início de 1891, quando o editor de seus escritos (Naumann) esforçava-se por acrescentar fotos de Nietzsche à quarta parte de seu Zarathustra, que se encontrava no prelo, o que não era comum em publicações daquela época<sup>1</sup>; ou quando esse mesmo editor incumbiu Heinrich Köselitz (Peter Gast), em meados de 1893, de escrever uma biografia sobre Nietzsche para compor o primeiro volume de suas obras completas e se livrar das cartas que o obrigavam a responder perguntas sobre a vida de Nietzsche; Elisabeth acabaria por responder à demanda de Naumann escrevendo a primeira biografia sobre seu irmão, publicada em abril de 1895<sup>1</sup>. Assinala-se ainda a progressiva penetração de Nietzsche,

concomitante ao seu processo de adoecimento, na cultura artística alemã (música, teatro, arquitetura, pintura etc.) para além das suas áreas correlatas (filosofia e literatura), que resultaria na disseminação de um autêntico “culto a Nietzsche” nos moldes do consumismo de massa<sup>3</sup>. Apesar disso, como vimos, o diagnóstico de Nietzsche-celebridade foi confirmado em sua primeira patografia, escrita por outra celebridade: o neurologista Paul Julius Möbius<sup>4</sup>.

Questionamos se não estaria o diagnóstico de Nietzsche mais atrelado ao estilo de pensamento oitocentista sobre a sífilis, sustentado pela razão médica daquela época em torno do complexo semântico-discursivo “mal venéreo-mercúrio”, do que a questões atreladas à falha ou ao enviesamento da conduta médico-profissional a ele dirigida. Condizentemente à razão médica oitocentista, um dos recentes críticos<sup>14</sup> do diagnóstico de sífilis, curiosamente, assinala que Nietzsche foi tratado com mercúrio na clínica de Iena por seu médico-assistente, Dr. Theodor Zieher. No século XIX, a sífilis era um fato cultural acatado pela razão médica, e não um fato científico, a ser ainda inventado pelo estilo de pensamento atrelado ao teste Wassermann.

### Uma crítica das críticas recentes ao diagnóstico de Nietzsche

Os críticos recentes – mais especificamente aqueles adeptos das “patografias científico-realistas” – vêm realizando leituras retroativas (anacrônicas), atualizando a patografia de Nietzsche à luz das nosografias atuais, numa tentativa de apropriação desse pensador, dado que a razão médica contemporânea (cujo estilo de pensamento centra-se na “medicina baseada em evidências” - MBE) permite tal movimento retrospectivo de busca de uma “verdade” subjacente à doença a ser revelada. A MBE apoia-se no “paradigma indiciário”<sup>36</sup>, velho conhecido da prática médica, levando-o ao extremo e recrudescendo o perfil profissional do médico-investigador (à moda de Sherlock Holmes) em sua obsessiva busca dos indícios que levam à correta elucidação dos casos<sup>37</sup>. Exigir essa mesma postura “detetivesca” dos médicos oitocentistas que trataram Nietzsche e denunciar seus supostos equívocos com base nessa exigência é, no mínimo, um anacronismo e uma acusação desmedida. A MBE aplicada ao caso Nietzsche tem a pretensão de, no presente, desfazer a suposta negligência do passado, quando os médicos assistentes de Nietzsche teriam se eximido do dever ético-profissional de

elucidar esse caso pela via objetivante então disponível: a autópsia pericial.

O que os adeptos das “patografias científico-realistas” não elucidam é: se Nietzsche tivesse recebido outro diagnóstico, que não o de sífilis, seu tratamento médico teria sido mais qualificado, levando em conta os parâmetros oitocentistas? Os pacientes considerados de “primeira categoria” recebiam tratamento diferencial da parte dos médicos oitocentistas? Se sim, o que poderia refletir um tratamento médico de “primeira classe” naquela época?

Vejam. Daniel Paul Schreber<sup>38</sup> – o famoso jurista de alto escalão, um autêntico paciente de “primeira categoria” internado três anos após Nietzsche, que passaria quase uma década em três instituições psiquiátricas alemãs – não parece ter recebido cuidado médico mais qualificado do que aquele que Nietzsche efetivamente recebeu. O historiador da psiquiatria Edward Shorter<sup>39</sup> relata que os manicômios oitocentistas alemães funcionavam segundo o modelo da “psiquiatria universitária” (fundada por Griesinger), direcionada à pesquisa experimental, em detrimento da clínica assistencial. Cabe ressaltar que o movimento de busca da “verdade” por detrás de sua doença vem ocorrendo com Schreber também, e vários críticos<sup>40-46</sup>, a partir da década de 1980, vêm questionando o diagnóstico de esquizofrenia que lhe foi atribuído por eminentes médicos da *belle époque*<sup>47-50</sup>.

Esse movimento de “retorno à doença” só se tornou possível a partir do estilo de pensamento adotado pela razão médica contemporânea, atrelado à MBE, e ao conseqüente recrudescimento do paradigma indiciário e da postura investigativa do perfil profissional dos médicos-detetives, que ontologiza a doença desontologizando o doente.

Desde o final do século XX, a MBE vem paulatinamente sendo implantada como novo paradigma ou estilo de pensamento, para diminuir a ênfase dada à intuição, à experiência clínica não sistemática e às justificativas fisiopatológicas na tomada de decisões médicas. É proposta uma hierarquia dos tipos de estudos dignos a serem considerados fornecedores de evidências: (1) em primeiro lugar situam-se as metanálises das pesquisas randomizadas-comparadas; (2) pelo menos um estudo randomizado-comparado; (3) pelo menos um estudo controlado sem randomização; (4) pelo menos um estudo quase experimental; (5) estudos não experimentais, descritivos, comparativos; (6) relatórios de peritos, opinião de autoridades. Em suma: o método

científico reduziu-se ao método experimental, sendo hoje praticamente sinônimos.

Constata-se que o diagnóstico de Nietzsche foi feito com base nas mais fracas evidências para os parâmetros atuais da MBE: o julgamento clínico de médicos peritos, autoridades no assunto – justamente o que a MBE propõe que seja substituído por provas científicas, a partir da referida hierarquia. O que temos é um choque entre estilos de pensamento distintos. Daí as veementes contestações atuais feitas ao diagnóstico de Nietzsche.

No entanto, qual o valor heurístico do julgamento clínico dos médicos em jogo? No caso específico de Nietzsche, seria possível ignorar a ampla experiência clínica de médicos como Wille, Biswanger e Ziehen? Tais médicos experientes não parecem ter questionado com convicção – a não ser Biswanger, transitoriamente, como vimos – o seu diagnóstico de sífilis. Atribuir tal consenso diagnóstico ao suposto desinteresse que tais médicos nutriam por Nietzsche é um simplismo ingênuo. Janz<sup>1</sup> esvazia essa denúncia assinalando que “Não podemos (...) alegar que os dois médicos [Biswanger e Ziehen] não compreendiam seu paciente especial [Nietzsche]”. Antes disso, deve-se tentar retratar a racionalidade médica oitocentista acerca da sífilis, que sustentou – a nosso ver, coerentemente – o diagnóstico de Nietzsche.

### Considerações finais

Presumimos haver certa “sifilofobia” na tradição patográfica sobre Nietzsche, haja vista o gênero associado à sífilis, ao menos em seus primórdios, ter desqualificado por completo sua obra filosófica. Nesse sentido, a repetida confrontação desse diagnóstico médico oficial vem se confundindo com a salvação da obra de Nietzsche de tal difamação. Tal confrontação diagnóstica vem parecendo ser, até então, o único modo possível de fazer justiça à sua obra filosófica. Sua irmã, Elisabeth Förster-Nietzsche, visava a deslocar metonimicamente Nietzsche do complexo semântico-discursivo associado ao mal venéreo e, por conseguinte, limpar o nome de sua família; para tanto, ela construiu hipóteses diagnósticas desvinculadas da sífilis (concebida naquela ocasião, e de certa forma ainda hoje, como *la maladie honteuse*<sup>51</sup>), associadas ao esgotamento laboral, ao abuso de drogas e ao conflito de Nietzsche com o cristianismo<sup>1</sup>. Já os autores que pretendem

deslocar metonimicamente Nietzsche do complexo semântico-discursivo associado à sífilis, articulando-o seja às psicoses funcionais seja às outras doenças orgânicas, visam, respectivamente: (1) limpar o nome de sua obra e enaltecer sua “Grande Saúde” (loucura heroica triunfante); (2) limpar o nome da medicina, readequando-a ao paradigma da MBE aplicado retrospectivamente a Nietzsche. A mesma judiciosidade moral de Elisabeth parece ter se disseminado entre os gêneros patográficos alternativos de Nietzsche.

Enquanto as “patografias demoníaco-patológicas” de Nietzsche procuravam denegrir a sua obra filosófica associando-a à degeneração, as “patografias heroico-proféticas”, por sua vez, retomando a tradição grega clássica que associava loucura e genialidade, buscavam revalorizar sua obra; já as “patografias científico-realistas” conservariam uma neutralidade quanto à sua obra, em uma aparente vantagem em relação às anteriores. Contudo, essa neutralidade acerca da obra de Nietzsche implica a desconsideração de sua palavra, refletindo um narcisismo dessa medicina contemporânea praticada pelos que julgam ser “o último homem”<sup>29</sup> – como se fosse possível empreender um diagnóstico neutro da doença de Nietzsche, sem tomá-lo como “caso clínico”, isto é, sem levar em consideração sua vida e obra, desvinculado de qualquer contexto histórico-cultural. Como vimos, a MBE nada mais é que outra narrativa a ser acrescida ao fluxo histórico das patografias de Nietzsche, e não uma espécie de “última versão”, como pretendem seus adeptos.

Concordamos com Volz<sup>52</sup>, cujo trabalho ainda hoje representa a mais extensa revisão dos registros e prontuários médicos de Nietzsche, de que a sífilis continua sendo uma boa hipótese diagnóstica – nada aquém nada além disso: uma “suspeita”, como diria Klopstock<sup>53</sup> – para explicar o colapso de Turim, sobretudo quando se leva em conta, contextualmente, o estilo de pensamento e a racionalidade médica que lhe serviram de fundamento. Essa mesma opinião diagnóstica foi recentemente endossada no periódico *Nietzsche-Studien* por Schiffter<sup>54</sup>. Que a sífilis não traga demérito algum à instigante e admirável obra filosófica nietzschiana! Inadequado seria discutir seu diagnóstico médico enviesado pela judiciosidade moral, tal como parece ocorrer com as patografias alternativas, quando de fato Nietzsche e sua obra há muito já se encontram para além do bem e do mal.

No Quadro 2 é apresentado um glossário.

Quadro 2. Glossário.

<b>Neurossifilis</b>	“a neurossifilis (também conhecida como paresia geral [ou paralisia geral progressiva]) aparece de 10 a 15 anos após a infecção primária com o <i>Treponema</i> . (...) em geral, afeta os lobos frontais, resultando em alterações da personalidade, irritabilidade e diminuição dos cuidados consigo mesmo. Delírios de grandeza desenvolvem-se em 10 a 20% dos pacientes afetados. A doença progride com o desenvolvimento de demência e tremor, chegando, por fim, ao confinamento ao leito por neurossifilis parética” <sup>55</sup> .
<b>Demência</b>	trata-se de uma “síndrome caracterizada por múltiplos comprometimentos nas funções cognitivas sem comprometimento da consciência. As funções cognitivas que podem ser afetadas na demência incluem a inteligência geral, aprendizagem e memória, linguagem, solução de problemas, orientação, percepção, atenção e concentração, julgamento e habilidades sociais. A personalidade do paciente também é afetada” <sup>55</sup> . A <i>demência vascular</i> “é usualmente o resultado de infartos do cérebro decorrentes de doenças vasculares, incluindo a doença cerebrovascular hipertensiva. Os infartos são usualmente pequenos, mas cumulativos em seu efeito” <sup>56</sup> . A <i>demência frontotemporal</i> , só descrita detalhadamente nas duas últimas décadas <sup>22</sup> , é o subtipo mais comum das “demências frontotemporais”, categoria que reúne várias doenças que acarretam danos nas regiões frontais e laterais do cérebro.
<b>Meningioma</b>	trata-se basicamente de um tumor, geralmente benigno e de crescimento lento, das membranas meníngeas que envolvem o sistema nervoso central (SNC). Segundo a hipótese de Sax <sup>18</sup> : “Se um meningioma do nervo ótico direito estivesse presente nesse caso [de Nietzsche], um crescimento gradual do tamanho da massa teria levado, efetivamente, a uma lobotomia frontal <i>de facto</i> . Tal efeito seria responsável pela deterioração posterior do estado mental de Nietzsche entre 1889 e 1900 [pós-colapso]”.
<b>CADASIL</b>	acrônimo de “arteriopatia cerebral autossômica dominante com infartos subcorticais e leucoencefalopatia”. Trata-se de uma doença hereditária autossômica dominante de pequenos e médios vasos sanguíneos, transmitida pela linhagem paterna, que tem, como característica, a tétrede: demência, distúrbios psiquiátricos, cefaleia e acidentes vasculares cerebrais frequentes. Essa doença causa repetidos ataques isquêmicos e está relacionada a mutações no gene NOTCH3. Segundo a hipótese de Perogamvros et al. <sup>26</sup> , “Nietzsche apresentou todas as manifestações clínicas principais do CADASIL (idade jovem [ $< 50$ anos], enxaqueca, AVCs [acidentes vasculares cerebrais], distúrbios do humor, demência subcortical, história familiar [paterna])”.
<b>MELAS</b>	acrônimo de “encefalopatia mitocondrial, acidose láctica e episódios tipo AVC”. Trata-se de uma doença mitocondrial neurodegenerativa multissistêmica rara, de transmissão materna, de desenvolvimento progressivo e com um fenótipo clínico muito variável, que aparece geralmente na infância (geralmente entre os 2 e os 10 anos de idade; em casos mais raros, pode aparecer mais tarde, até aos 40 anos ou mesmo depois). Koszka <sup>27</sup> conclui seu artigo afirmando que: “ao se considerar a totalidade da história clínica disponível sobre Nietzsche (início da doença na infância, herança materna, sintomas típicos e complicações, evolução da doença) e sobre sua família, seu provável diagnóstico é de síndrome MELAS ou síndromes sobrepostas a MELAS”.
<b>PMD/TAB</b>	antiga “psicose maníaco-depressiva” (Kraepelin), reclassificada como “transtorno afetivo bipolar” (Leonhard). Caracteriza-se pela alternância cíclica entre fases maníacas ou hipomaníacas (exaltação do humor) e fases depressivas (rebaixamento do humor), intercalados por períodos intermitentes de completa recuperação. Dada a ausência de um curso demenciante e deteriorante <sup>55</sup> , pode até ser usado como explicação para alguns aspectos da vida afetiva de Nietzsche, porém, nunca como critério causal de seu colapso e consequente ruína, como assinala acertadamente Cybulska <sup>11</sup> .
<b>Esquizofrenia</b>	antiga “demência precoce” (Kraepelin), renomeada “esquizofrenia” (Bleuler <sup>48</sup> ). Sua sintomatologia abrange sintomas psicóticos positivos (delírios, alucinações, transtornos da linguagem etc.) e negativos (embotamento afetivo, apragmatismo, autonegligência etc.). A depender do subtipo específico, há predominância de sintomas positivos (esquizofrenia paranoide) ou negativos (esquizofrenia hebefrênica e esquizofrenia catatônica), sendo estes os subtipos mais comuns na época de Nietzsche. Evolui por surtos, episódios agudos que tendem a deixar sequelas e que acarretam – quando não tratados, como era a praxe na virada do século XIX para o XX – deterioração da personalidade. Dentre os transtornos mentais, trata-se do único que pode ter agido como fator causal do colapso de Turim, muito embora o defensor recente dessa hipótese, Schain <sup>14</sup> , não tenha especificado o subtipo de que se trata, atendo-se mais aos aspectos psicogênicos supostamente desencadeadores das inúmeras crises de Nietzsche.

## Referências

1. Janz CP. *Friedrich Nietzsche: uma biografia, volume III: os anos de esmorecimento, documentos, fontes e registros*. Petrópolis: Vozes; 2016.
2. Podach EF. *L'effondrement de Nietzsche*. Paris: Gallimard; 1931.
3. Aschheim SE. *The Nietzsche legacy in Germany, 1890-1990*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press; 1992.
4. Möbius PJ. *Über das Pathologische bei Nietzsche*. Wiesbaden: Bergmann; 1902.
5. Lange-Eichbaum W. Nietzsche als psychiatrisches Problem. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 1930; 1538.
6. Lange-Eichbaum W. *Nietzsche: Krankheit und Wirkung*. Hamburg: Lettenbauer; 1947.
7. Serpa Júnior OD. O degenerado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2010; 17(2):447-473.
8. Jaspers K. *Nietzsche. Einführung in das Verständnis seines Philosophierens*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1963. (Obra original publicada em 1936).
9. Kolle K. Nietzsche, Krankheit und Werk. *Aktuelle Fragen der Psychiatrie und Neurologie* 1965; 2:106-121.
10. Verrecchia A. *La catastrofe di Nietzsche a Torino*. Torino: Einaudi; 1978.
11. Cybulska EM. The madness of Nietzsche: a misdiagnosis of the millennium? *Hosp. Med.* 2000; 61(8):571-575.
12. Young J. *Friedrich Nietzsche: uma biografia filosófica*. Rio de Janeiro: Forense; 2014.
13. Corman L. *Nietzsche, psychologue des profonds*. Paris: PUF; 1982.
14. Schain R. *The legend of Nietzsche's syphilis*. Westport: Greenwood Press; 2001.
15. Jaspers K. *Strindberg et Van Gogh, Swedenborg-Hölderlin*. Paris: Les Éditions de Minuit; 1953. (Obra original publicada em 1922).
16. Binswanger L. *Délire*. Grenoble: Jérôme Millon; 2010. (Obra original publicada em 1965).
17. Lacan J. *O Seminário, livro 23: o sinthoma, 1975-1976*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2007.
18. Sax L. What was the cause of Nietzsche's Dementia? *J Med Biogr* 2003; 11(1):47-54.
19. Owen CM, Schaller C, Binder DK. The madness of Dionysus: a neurosurgical perspective on Friedrich Nietzsche. *Neurosurgery* 2007; 61(3):626-632.
20. Figueroa G. El último año de lucidez de Friedrich Nietzsche. *Rev. Méd. Chile* 2007; 135:661-665.
21. Huenemann C. Nietzsche's Illness. In: Gemes K, Richardson J, editors. *The Oxford Handbook of Nietzsche*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 63-80.
22. Orth M, Trimble MR. Friedrich Nietzsche's Mental Illness – General Paralysis of the Insane vs. Frontotemporal Dementia. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114(6):439-445.
23. Miranda M, Navarrete L. ¿Qué causó la demencia de Friedrich Nietzsche? *Rev Méd Chile* 2007; 135:1355-1357.
24. Hemelsoet T, Hemelsoet K, Devreese D. The neurological illness of Friedrich Nietzsche. *Acta neurol belg* 2008; 108:9-16.
25. Bosh OG, Höfer FXE. La Gaya Dementia: Nietzsche als Patient. *Weimar – Jena: Die große Stadt* 2011; (4)1:6-17.
26. Perogamvros L, Perrig S, Bogousslavsky J, Giannakopoulos P. Friedrich Nietzsche and his illness: a neurophilosophical approach to introspection. *J Hist Neurosci* 2013; 22(2):174-182.
27. Koszka C. Friedrich Nietzsche (1844-1900): a classical case of mitochondrial encephalomyopathy with lactic acidosis and stroke-like episodes (MELAS) syndrome? *J. Med. Biogr.* 2009; 17:161-164.
28. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324(7342):886-891.
29. Fukuyama F. *O fim da história e o último homem*. Rio de Janeiro: Rocco; 1992.
30. Zorzaneli R, Dalgalarondo P, Banzato CEM. O projeto Research Domain Criteria e o abandono da tradição psicopatológica. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* 2014; 17(2):328-341.
31. Henriques RP. *A psiquiatria do DSM: pílulas para que te quero*. São Cristóvão/SE: Editora UFS; 2015.
32. Fleck L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
33. Carrara S, Carvalho M. A sífilis e o aggiornamento do organicismo em psiquiatria: notas a uma lição do doutor Ulysses Vianna. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2010; 17(2):391-399.
34. Astor D. *Nietzsche*. Porto Alegre: LP&M; 2013.
35. Safranski R. *Nietzsche: biografia de uma tragédia*. São Paulo: Geração Editorial; 2011.
36. Ginzburg C. Sinais. Raízes de um paradigma indiciário. In: Ginzburg C. *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras; 1989. p. 143-179.
37. Nordenstrom J. *Medicina baseada em evidências. Seguindo os passos de Sherlock Holmes*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
38. Schreber DP. *Memórias de um doente dos nervos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995. (Obra original publicada em 1903).
39. Shorter E. *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac*. New York: John Wiley and Sons; 1997.
40. Koehler KG. The Schreber Case and affective illness: a research diagnostic reassessment. *Psychol Med* 1981; 11(4):689-695.
41. Lipton AA. Was the "nervous illness" of Schreber a case of affective disorder? *Am J Psychiatry* 1984; 141(10):1236-1239.
42. Rinsley DB. Schreber's Illness: dementia paranoides or affective disorder? *Int J Psychoanal. Psychother* 1984-1985; 10:377-382.

43. Kendler KS, Spitzer RL. A reevaluation of Schreber's Case. *Am J Psychiatry* 1985; 142(9):1121-b-1122.
44. Grotstein JS. The Schreber Case revisited: schizophrenia as a disorder of self-regulation and of interactional regulation. *Yale J Biol Med* 1985; 58(3):299-314.
45. Nydes J. Schreber, Parricide, and Paranoid-Masochism. *Int J Psycho-Anal* 1963; 44:208-212.
46. Kushner HI. Freud and the diagnosis of Gilles de la Tourette's Illness. *Hist. Psychiatry* 1988; 9(33):1-25.
47. Freud S. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (*Dementia Paranoides*) relatado em autobiografia ("O Caso Schreber"). In: Freud S. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras; 2010. v. 10. p. 13-107 (Obra original publicada em 1911).
48. Bleuler E. *Dementia Praecox: el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Paidós; 1960. (Obra original publicada em 1911).
49. Jung CG. *Símbolos da transformação. Análise dos prelúdios de uma esquizofrenia*. Petrópolis: Vozes; 1986. (Obra original publicada em 1912).
50. Jaspers K. *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1979. (Obra original publicada em 1913).
51. Arruda E. *Patografia de Friedrich Nietzsche. Estudo ontológico-fenomenológico*. Rio de Janeiro: Fundação Universitária José Bonifácio; 1985.
52. Volz PD. *Nietzsche im Labyrinth Seiner Krankheit: Eine medizinisch-biographische Untersuchung*. Würzburg: Königshausen und Neumann; 1990.
53. Klopstock T. Friedrich Nietzsche und seine Krankheiten: kein ausreichender Anhalt für MELAS. *Nietzsche-Studien* 2013; 42(1):293-297.
54. Schiffter R. Friedrich Nietzsche Krankheiten: eine unendliche Geschichte. *Nietzsche-Studien* 2013; 42(1):283-292.
55. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
56. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

---

Artigo apresentado em 26/03/2016

Aprovado em 07/10/2016

Versão final apresentada em 09/10/2016

