

## A corrente psicodinâmica alemã (\*)

P. BERCHERIE (\*\*)

É como reacção contra as concepções clássicas de Kraepelin e em particular contra a noção de «entidade mórbida» que ele herdou de Falret através de Kahlbaum, que aparece na Alemanha na década de 1900 uma forte reacção «psicodinamista» à qual o grande alienista cederá bastante terreno na oitava e última edição do seu *Traité*. Este movimento apoia-se sobre duas bases principais.

Primeiro e antes de mais, está ligado aos ensinamentos de Moebius. Desde 1888 que este propõe uma concepção da histeria muito próxima da que vimos Babinski desenvolver em 1901 (<sup>1</sup>). Ganhará lentamente terreno até se impor bastante fortemente. «Pode-se considerar como históricas todas as modificações doentias do corpo que são causadas pelas representações», tal é a definição proposta por Moebius. As representações parecem-lhe exercer sobre as funções psíquicas e corporais (em particular nervosas) do histórico, uma influência con-

siderável seja no sentido da inibição, seja no sentido da excitação; esta particularidade explica a sugestibilidade destes sujeitos e a sua tendência para a autogestão, bem como a facilidade com que eles realizam síndromas nervosos ou mentais. Esta concepção apresenta-se, como se vê, não só como uma teoria psicogenista dos sintomas históricos, mas também como essencialmente constitucionalista, visto que, definitivamente, o síndrome se enraíza numa particularidade do funcionamento psíquico destes sujeitos, particularidade concebida como degenerativa. Também é preciso não nos surpreendermos com o facto de Moebius ser o tradutor alemão de *Leçons cliniques* de Magnan, que ele publica em 1891. Assim se vai formar, relativamente a Kraepelin, uma corrente crítica, cuja influência não vai deixar de se desenvolver. Ele interessa-se por pôr em evidência na patologia mental, a importância do acontecimento, das situações vitais e das reacções que elas desencadeiam, bem como da predisposição, dos tipos caracteriais degenerativos que são o preâmbulo das reacções mórbidas. O equilíbrio entre as doenças mentais adquiridas e as doenças mentais constitucionais, fortemente removido pela nosologia kraepeliana no sentido dos estados adquiridos, vai assim tender para, num movimento de pêndulo,

(\*) In P. Bercherie: *Les Fondements de la Clinique*, Ornicar.

(\*\*) Psiquiatra.

(<sup>1</sup>) Foi aliás do mesmo ponto de partida que ela surgiu: os trabalhos de Charcot sobre a histeria traumática, origem da maior parte da corrente psicodinâmica europeia.

iniciar um desvio de rumo inverso em direcção a Magnan.

A segunda corrente, formada em Zurique em torno de Bleuler e Jung, tem origem na primeira passagem que as ideias de Freud haviam efectuado num meio psiquiátrico. É, ao que parece, desde 1904 que o grupo de Zurique se aplica a utilizar algumas das ideias de Freud para a compreensão das psicoses. Em 1906, ver-se-ão surgir os primeiros frutos deste trabalho: o livro de Jung sobre a demência precoce e o de Bleuler sobre a paranóia.

### AS AFECÇÕES PSICÓGENAS

Aquilo que Bleuler e Jung retêm dos primeiros trabalhos de Freud é essencialmente a importância da afectividade na regulação, na direcção, até mesmo na perturbação da vida psíquica e do pensamento. Atrás do clássico funcionamento da associação de ideias e de representações, cujo modelo é essencialmente lógico<sup>(2)</sup> visto que são as noções de semelhança, de contiguidade, de contraste que regulam o seu decurso, aparece todo o peso das associações afectivas, tal como operam no sonho ou no acto falhado. Assim surge a noção de «complexo emocional»<sup>(3)</sup> para designar um conjunto de representações, de recordações, de ideias, de impulsos, centrado sobre uma experiência afectiva. Os complexos são, pela sua acção sobre o pensamento (mecanismos de condensação, transferência, simbolização, recalçamento, sobreinvestimento reaccional) e sobre a conduta do sujeito, pelas suas lutas,

(2) Recordemos que a psicologia associacionista surgiu das teorias epistemológicas da tradição nominalista. É Hume que transforma em psicologia o que não era mais que uma teoria do conhecimento em Locke e em Berkeley.

(3) Cf. Jung: «O complexo emocional e a sua acção sobre o espírito», cap. II da *Psychologie de la Démence Précoce*, pp. 33-45 da tradução inglesa.

o factor realmente motivante da vida psíquica; o recalçamento de um complexo desagradável não o impede, como Freud demonstrou, de exercer a sua acção sobre o desenrolar do pensamento e das acções.

É à paranóia de Kraepelin que Bleuler aplica primeiro este tipo de concepções. Ela aparece-lhe então como «uma formação psíquica que tem a aparência de uma simples exageração dos processos normais... O único sintoma da paranóia, a formação delirante, demonstra-se ser uma forma de reacção a certas situações externas e internas»<sup>(4)</sup>. O modelo da formação delirante é fornecido pelo estado passional do homem normal, com a tendência interpretativa que aí se manifesta sempre. «Invariavelmente, encontramos na raiz da doença uma situação que os doentes não podem assumir e à qual eles reagem com a doença»; trata-se de uma situação vital (profissional, sexual) desfavorável que humilha o sujeito e o atinge afectivamente de forma muito intensa. Ele reage recusando a realidade ou relacionando o seu insucesso como uma malevolência exterior, formando assim as grandes linhas do delírio que se alimenta em seguida da interpretação de todos os acontecimentos que o sujeito encontra, da falsificação das suas recordações, em favor de uma actividade ruminativa permanente mantida pelo complexo. As duas grandes direcções do delírio estão sempre mais ou menos associadas porque «a realidade não pode ser completamente rejeitada» no delírio de grandeza (realização de desejo) e as suas objecções são portanto aí vividas como persecutórias; no delírio de perseguição (projectivo), a negação da insuficiência do sujeito é no fundo uma manifestação de hipertrofia reaccional do eu e tende portanto para a megalomania.

Se a paranóia aparece assim como uma formação psíquica assente sobre mecanis-

(4) *Traité de Psychiatrie*, 1916, pp. 529-530 da tradução inglesa.

mos normais<sup>(5)</sup>, no entanto «esta manifestação torna-se patológica porque não pode ser corrigida e devido à sua tendência para se desenvolver, uma vez posto em acção «o trabalho contínuo do mecanismo associativo» (*Traité*, p. 530). Esta preponderância da afectividade, e também a sua estabilidade (por oposição com a histeria onde ela é potente mas instável), o seu domínio sobre o intelecto, e por fim «o poderoso sentimento de si contrariado por uma certa inferioridade» (p. 531), adaptativa em particular (contraste entre as pretensões do sujeito e as suas capacidades: má avaliação das realidades exteriores e subjectivas) formam a base constitucional da paranóia, reacção de uma personalidade predisposta a dificuldades exteriores que não pode encarar. Notemos que Bleuler rejeita, em compensação, a descrição clássica da constituição paranóica, parecendo-lhe o orgulho e a desconfiança secundários à reacção passional em sujeitos, pelo contrário, bastante tímidos.

Uma tal concepção, como se vê, situa-se a meio caminho entre as ideias de Magnan-Moebius e a psicologia freudiana. Vai constituir o modelo de toda uma série de trabalhos, rematados pela obra de Kretschmer.

★

O problema das «psicoses dos prisioneiros»<sup>(6)</sup> que suscitou poucos trabalhos em França, foi sempre um objecto de grande interesse para os psiquiatras alemães. A era pré-kraepeliniana tinha desenvolvido um

---

(<sup>5</sup>) Influência de um complexo emotivo sobre o pensamento. Maier, aluno de Bleuler, em 1912, chamará «catatímico» a este tipo de influência por oposição às variações afectivas globais e endógenas da maníaco-depressiva que ele chama «holotímicas». Os dois termos serão na generalidade adoptados.

(<sup>6</sup>) Cf. Nitsche e Wilmanns, *Histoire des Psychoses de Prison*, 1911.

certo número de quadros clínicos agudos ou crónicos que, nos trabalhos da escola de Kraepelin (Rudin em particular) se tinham assimilado às entidades nosológicas e sobretudo, no que respeita aos estados delirantes e alucinatórios, à demência precoce; o contexto carceral parecia fornecer somente uma certa coloração (complexo de cativo) e por outro lado, quadros não específicos.

Os trabalhos de Siefert e sobretudo de Bonhoeffer e de Birnbaum<sup>(7)</sup>, alunos de Moebius, vão pelo contrário desenvolver a noção de perturbações reaccionais com base degenerativa e retomar a descrição dos estados agudos a partir de uma concepção psicogenista: o choque psicológico que representa o cativo e as condições penosas da vida carceral desencadeiam a aparição brutal, nos predispostos, de um certo número de síndromas:

- delírios de prejuízo de forma reivindicativa, de estrutura paranóica, que nada separa do delírio de provocação, senão as condições especiais da sua aparição e o seu conteúdo temático particular;
- estados paranóides, análogos às antigas descrições de paranóia aguda, com síndrome alucinatório dos diversos sentidos, ideias delirantes de todo o tipo (de prejuízo, perseguição, influência, hipocondria, de granzeza, com a forma particular do «delírio de perdão» em que o preso se crê indultado, até mesmo inocente), perturbação mais ou menos importante da consciência;
- estados excitativos, confusionais, crepusculares, estuporosos, ou realizando o síndrome «pseudo-demencial» (Wernicke) descrito por Ganser, em 1898,

---

(<sup>7</sup>) Cf. Nitsche e Wilmanns, 3.<sup>o</sup> período, pp. 44-70.

nos prisioneiros, análogos, senão pela sua duração, às perturbações histéricas e por vezes acompanhados de ataques convulsivos.

Estreitamente ligados às suas condições de aparecimento, retrocedendo em geral rapidamente aquando da mudança de local (passagem para hospital psiquiátrico ou descanso), estes estados psicóticos situados entre a paranóia e a histeria demonstram com evidência o seu carácter reaccional. Desenvolvem-se por outro lado em personalidades particulares, pois se trata de delinquentes, e que apresentam uma grande labilidade psicológica, tendências emotivas, uma sugestibilidade e uma propensão imaginativa acentuada. As perturbações delirantes são aliás móveis, fugazes, muitas vezes mal sistematizadas e muito influenciáveis pelo ambiente.

Assim, no mesmo momento em que a noção se esbate em França, as *bouffées* delirantes polimorfas de Magnan tendem a reencontrar o seu lugar na psiquiatria alemã, desarrumando o quadro rígido da nosologia kraepeliniana; o quadro sintomatológico é com efeito difícil de diferenciar da concepção alargada da demência precoce: alucinações, perturbações da consciência, delírio de influência, perturbações hipocondríacas e estados catatonóides, e não foi por acaso que estes estados tinham sido, na fase precedente, aí incluídos. A este respeito, as psicoses prisionais, com o evidente factor traumático que as desencadeia, tiveram um papel de modelo; a Grande Guerra, por sua vez, fornecerá numerosos exemplos desta patologia reaccional, analisada nos grandes relatórios de Birnbaum de 1915-1916<sup>(\*)</sup>.

(\*) Cf. o resumo que Dumas e Aimé fizeram, *Nevroses et psychoses de guerre chez les austro-allemands*, 1918.

## A ESQUIZOFRENIA

Desde 1906, que Bleuler emprega este termo (aliás no plural: o grupo das esquizofrenias) para referir a demência precoce de Kraepelin, particularmente mal designada segundo a sua opinião, visto que não se trata de uma demência e que nem sempre é juvenil, nem precoce no desenrolar do processo patológico. O termo esquizofrenia envia-nos, pelo contrário, para uma concepção psicopatológica que ele expõe longamente na sua monumental monografia de 1911<sup>(\*)</sup>, cuja redacção data de 1908.

O seu ponto de partida é a aplicação à demência precoce (compreendendo aí os delírios alucinatórios) das concepções freudianas, já utilizadas na análise das paranóias. Jung tinha-os aliás precedido nesta tentativa (*Psychologie de la Démence Précoce*, 1906) esclarecendo, logo à primeira vista, o ponto importante: a psicologia dos complexos aplica-se totalmente à análise e à compreensão dos diversos sintomas mas «os mecanismos freudianos não são suficientemente compreensivos para explicar porque é que resulta daí uma demência precoce em vez de uma histeria» (p. 32). Jung estabelece a diferença num ponto fundamental: a fixação tenaz dos complexos que dá à doença o seu conteúdo particular (por oposição à labilidade dos sintomas histéricos): «a separação do esquizofrénico da realidade, a perda de interesse pelos acontecimentos reais, não é difícil de explicar desde que se considere que ele permanece de maneira persistente sob a influência de um complexo invencível» (p. 89); o estado amoroso é o modelo deste estado de autismo secundário: «aquele de que todos os interesses são absorvidos por um complexo está como morto para o que o rodeia... (ele) continua a pensar no complexo, sonha de

(\*) *Dementia praecox ou le groupe des schizophrénies*, tradução inglesa, 1950.

olhos abertos e já não pode psicologicamente adaptar-se ao meio» (*ibid.*).

Quanto à causa desta «fixação», Jung atribui-a a uma causalidade orgânica que fixa os processos psíquicos, que provoca a sua repetição, a sua automatização. Uma toxina particular poderia estar em causa, libertada pela acção do complexo causal ou pelo contrário, agindo antes dele e conferindo-lhe a sua potência patogénica (esta segunda versão, que não tem visivelmente o acordo de Jung, corresponde à teoria de Bleuler).

★

O ponto de partida e a originalidade das concepções de Bleuler estão perto do seu ponto de vista psicanalítico sobre os sintomas esquizofrénicos. Perturbações da corrente do pensamento (bloqueios, estereótipos, estagnações), perturbações do seu conteúdo (associações estranhas, discursos herméticos, verbegeação, ambivalência), bizarras afectivas ou volitivas, sintomas cata-tónicos, delírios e alucinações, etc. encontram assim o seu *sentido* na psicologia dos complexos e nos mecanismos (condensação, transferência, simbolização, etc.) postos em relevo por Freud no estudo dos sonhos e dos actos falhados. Tudo aquilo que parecia, para os autores anteriores, depender do acaso ou da lesão, torna-se assim expressão de um movimento psicológico: desejo, em particular sexual, aversão, receio, negação de uma realidade penosa, reacção a um acontecimento vivido ou esperado, a uma relação interpessoal, a um meio específico. O trabalho de Bleuler fornece inúmeros exemplos destes mecanismos, testemunho da penetração psicológica do autor e do seu notável conhecimento dos seus doentes<sup>(10)</sup>.

<sup>(10)</sup> Cf. tradução inglesa, pp. 14-226; ou o pequeno trabalho justamente célebre que ele consagra ao negativismo esquizofrénico.

Mas a própria importância dos elementos de formação psicógena («compreensíveis» dirá em breve Jaspers) no quadro clínico da esquizofrenia põe em relevo, por contraste, que aquilo que lhe dá finalmente o seu cunho particular escapa a esta apreensão dos conteúdos, do sentido. Qualquer coisa da ordem da *forma* difere radicalmente do funcionamento psicológico normal ou neu-rótico: os sintomas histéricos, por exemplo, para além de, neste plano do modo e não do conteúdo das manifestações («complacência somática» de Freud, propensão para estados de dissociação da consciência) apontarem evidentemente para uma predisposição «constitucional», ligam-se sem dificuldade com acontecimentos afectivos motivantes, bastante sobrecarregados emocionalmente (traumas, situações conflituais sem saída). A esquizofrenia, com a sua potencialidade crónica predominante, a sua ausência de reactividade psicológica nítida (desencadeamento sem motivo decisivo ou com motivos desproporcionados com a reacção suposta), com o seu funcionamento mental tão particular, parece para Bleuler implicar a intervenção fundamental de uma perturbação primária «geradora» (Minkowski) que inunda todo o quadro com a sua irreductibilidade ao sentido<sup>(11)</sup>.

Pode-se ver a manifestação desta perturbação primária em diversos níveis da sintomatologia esquizofrénica, no desaparecimento do poder regulador da síntese consciente, da instância superior e directriz da personalidade<sup>(12)</sup>. Na concepção associacionista que Bleuler utiliza, é a «representação-fim que sonda os anéis da cadeia associa-

<sup>(11)</sup> Esta análise indispensável para a compreensão do pensamento de Bleuler, só é exposta com clareza a partir de Jaspers. Bleuler, no entanto, é sem dúvida o seu autor.

<sup>(12)</sup> Encontramos aqui, uma vez mais, uma expressão da teoria do automatismo (talvez antes a versão Moreau de Tours) com uma concepção instintivo-afectiva das instâncias inferiores.

tiva no pensamento lógico. No entanto, o que entendemos por conceito orientado para um fim não é simplesmente uma ideia isolada, mas uma hierarquia infinitamente complicada de ideias: ... um certo número de fins menores, secundários, subordinam-se à ideia do fim final..., compostos eles também de numerosos elementos que variam com o contexto» (p. 16). A todos os níveis do funcionamento psicológico (processo do pensamento, afectividade, coordenação voluntária da acção), o défice específico da esquizofrenia aparece como uma consequência do desaparecimento desta hierarquia, desta direcção geral que exerce a representação-fim. Nestas condições, o conjunto das operações psicológicas é abandonado à acção dos complexos e o sujeito parece viver quase permanentemente num estado análogo à associação livre, ao devaneio ou ao sonho, estados psíquicos que correspondem, no normal, ao desaparecimento voluntário ou psicológico da acção directiva do eu e da consciência sobre o funcionamento da psiqué.

Assim se esclarece o detalhe particular dos sintomas:

As perturbações do curso do pensamento («associação de ideias») com discurso sem nexo, bizarras, estagnações, estereótipos, bloqueios correspondem à pregnância dos factores afectivos complexuais no seu desenrolar.

As perturbações afectivas (indiferença aparente, ambivalência, reactividade paradoxal, alternância de versatilidade e de rigidez emocional, perda dos sentimentos éticos) afirmam menos uma perda da «capacidade da alma para produzir sentimentos» (p. 47) do que uma ataxia emocional, em que bloqueios, perseveração, evocação simultânea de estados contraditórios manifestam a enfeudação da consciência à lei dos complexos.

O autismo que coincide quase com o que Freud nomeia auto-erotismo» (p. 63),

teoria sexual posta de parte, manifesta a predominância da esfera do desejo sobre a percepção do real. Trata-se aqui de um sintoma fundamental, talvez do sintoma que melhor exprime a própria essência do quadro sintomático da esquizofrenia: o sujeito vive num mundo interior, inteiramente subjectivo, onde predomina a acção da sua afectividade, fora da «realidade partilhada» (Winnicott). Ele é no entanto secundário, no plano da explicação genética, a esta espécie de «baixa de tensão psicológica» (Janet) que interdita ao esquizofrénico um projecto construído em direcção do real. Ele passou, diria Freud, de uma actividade «aloplástica» para um estado de realização alucinatória do desejo (autismo). É do autismo que dependem numerosos sintomas «accessórios» que têm uma estrutura «catatímica» (cf. acima): alucinações, ideias delirantes, perturbações mnésicas, perturbações da linguagem e da escrita, estados histeróides crepusculares, estuporosos ou oníricos.

O sintoma catatónico é a expressão ao nível da esfera volitiva, ideo-motora, do autismo e da perturbação associativa.

Por fim, esclarecem-se os sintomas negativos, quer dizer, que permanecem intactas as funções instrumentais de base do psiquismo: sensação, percepção, orientação, memória, consciência, mobilidade. As suas perturbações são secundárias ao autismo (ausência de défice de tipo orgânico).

★

Resta estabelecer a natureza exacta da perturbação primária, geradora, directamente saída de uma modificação do funcionamento psicológico que não pode (nesta época) conceber-se senão como efeito de uma falha orgânica do cérebro (*processus morbide*). Esta perturbação, défice «negativo», gera toda a eflorescência «positiva» dos sintomas esquizofrénicos segundo uma

concepção classicamente spenceriana <sup>(13)</sup>. A importância da «dissociação das funções psíquicas..., uma das mais importantes características» (p. 8) da esquizofrenia (e a razão da escolha deste termo para a designar) orienta Bleuler para a ideia de que a perturbação primária consiste «numa perturbação das associações... na medida em que se trata de um abaixamento ou de um nivelamento das afinidades associativas» (p. 350). É este relaxamento inicial das associações que, tornando difícil a síntese mental pela acção recíproca dos elementos mentais uns sobre os outros, gera a ausência de síntese directiva, a pregnância dos complexos, o isolamento de uns em relação aos outros e por consequência, o conjunto dos sintomas secundários (compreendendo as perturbações associativas, sendo os bloqueios e clivagens muitas vezes complexuais) que formam o quadro manifesto da doença. «A quase totalidade da sintomatologia descrita até aqui na demência precoce é secundária e, num certo sentido, fortuita; é por isso que a doença pode existir durante muito tempo sem sintomas» (p. 349) e é aliás o que justifica as medidas terapêuticas.

Há com efeito, um aspecto do síndrome esquizofrénico que pode agora surgir claramente: «em parte (talvez inteiramente) a sintomatologia aparente representa certamente a expressão de um esforço mais ou menos infrutuoso para se trilhar um caminho para fora de uma situação intolerável» (p. 460). Fenómenos histeriformes, negação da realidade, realização autística dos desejos, fuga para a doença manifestam o esforço de um ser diminuído para se acomodar a uma realidade frustrante e à pressão dos seus desejos. Está aqui em última análise o mecanismo fundamental da doença, o ver-

dadeiro fundamento do negativismo (defesa do arranjo autístico: cf. *op. cit.*) e o ponto onde se pode apoiar a intervenção terapêutica (ver adiante).

Bleuler define ainda como sintomas primários, expressão directa do processo mórbido:

- estados agudos de incoerência, de confusão que correspondem a uma exacerbação do processo dissociativo. É esta concepção das coisas que faz com que ele rejeite grande parte dos casos etiquetados *Amentia* (confusão mental) que lhe parecem não ser senão esquizofrenias agudas;
- variações «homotímicas» do humor (acessos melancólicos e maníacos) que vêm intrincar-se no quadro clínico, em particular nos estados catatónicos (excitação ou depressão catatónica);
- tendência para estereotipos e alucinações, mas sem estes sintomas, de determinação «secundária»;
- finalmente, perturbações somáticas «que sugerem que a doença é baseada sobre uma alteração fundamental do cérebro ou talvez mesmo do corpo inteiro» (p. 161). Estas perturbações secretórias, vaso-motoras, hormonais, motoras (ataques, perturbações pupilares, tremores) que «muitas vezes não são muito pronunciadas e por vezes podem mesmo não ser detectadas» (*ibid.*), tomam por vezes o aspecto das que se observa em estados orgânicos graves (hipertensão intracraniana, estado toxi-infectuoso). Bleuler cita aliás alguns casos mortais (de confusão mental?).

É necessário, como se vê, não confundir a oposição dos sintomas primários e dos sintomas secundários com a dos sintomas fundamentais (perturbações associativas, afectivas, volitivas, comportamentais, au-

(13) H. Ey não terá problema em encontrar-se aí com Jackson: o pensamento evolucionista impregna toda esta época e o problema consistirá em descobrir um autor que lhe não obedeça.

tismo, «demência» específica) e dos sintomas acessórios (estados agudos, delírios, alucinações, perturbações mnésicas, síndrome catatónica, sintomas somáticos). Certos sintomas acessórios (estados maníaco-depressivos, confusionais, perturbações somáticas) fazem parte por exemplo das perturbações primárias, enquanto que a maior parte dos sintomas fundamentais têm génese secundária.

Alguns outros pontos merecem comentários:

Bleuler não admite, vimo-lo, a perturbação afectiva primária: a afectividade está intacta, mas perturbada no seu funcionamento e na sua expressão pela dissociação. Em 1926, no entanto, na sua intervenção no congresso de Genebra, Bleuler parece admitir um dano primário «da esfera dos instintos», mas pouco insiste nesta noção.

A «demência» esquizofrénica parece-lhe funcional<sup>(14)</sup>, resultado fundamental das associações, da afectividade, do sentido da realidade. Já evocamos a sua concepção acerca dos estados de obnubilação e de confusão mental; no entanto, o síndrome é tanto mais nítido quanto a lucidez da consciência é melhor conservada.

O prognóstico da afeição é muito variável. As «curas» são relativamente frequentes e, se um certo grau de relaxamento associativo permanece sempre, ele pode ser suficientemente ligeiro para não ser notado pelo observador. Com efeito, sendo o quadro clínico um fenómeno essencialmente secundário, nunca podemos julgar com an-

---

(14) Bleuler não deixa aliás de opor a esquizofrenia ao grupo das «psicoses orgânicas» (o seu futuro síndrome psico-orgânico) que representam um grupo homogéneo de demências verdadeiras. É na mesma ordem de ideias que a teoria da esquizofrenia será na sua aplicação à «demência precocíssima (Sancte de Santis, *Forma infantil da demência precoce*, 1908) a base da estruturação da psiquiatria infantil: distinção das oligofrenias e das psicoses infantis.

tecedência a importância real da perturbação primária, o que justifica a importância que Bleuler dá à terapêutica e em particular aos aspectos psico e socioterápicos (luta contra o autismo tentando manter ou restabelecer o contacto com a realidade); encontramos aliás aí as grandes regras do tratamento moral clássico (versão Georget).

Tudo isto se deduz da concepção essencialmente psicopatológica que Bleuler tem acerca da esquizofrenia: a análise que ele propõe, termina com efeito numa concepção cujas características essenciais são ser sincrónica (donde a passagem para segundo plano do critério evolutivo e da noção de esquizofrenia aguda) e psicológica (donde a grande extensão da noção, como se verá).

★

«Até aqui, não pudemos descobrir compartimentos naturais no quadro clínico da doença. As diversas combinações sintomáticas são de uma natureza tão transitória em cada doente tomado individualmente como nos doentes diferentes, que todas as distinções parecem vagas» (p. 280). Para Bleuler, com efeito, é a concepção psicopatológica que constitui a chave do conceito de esquizofrenia, processo mórbido que pode apresentar-se sob aspectos clínicos multiformes, mas de estrutura análoga. É por isso que «não podemos interrogar-nos se um caso específico é uma paranóia aguda... (ou) uma loucura alucinatória aguda, uma “mania”, uma “melancolia” no sentido pré-kraepeliniano, uma *Amentia* da escola de Viena... ou uma esquizofrenia: um não exclui o outro» (p. 271); haveria então confusão entre o diagnóstico sindrómico (clínico) e o diagnóstico da doença. O «grupo das esquizofrenias» que figura no título da obra não representa então uma referência a um conjunto de quadros clínicos, mas sim a diversos processos étio-patogénicos que poderiam produzir um tal quadro (afecção

cerebral, auto-intoxicação, infecções?); além disso quando, dez anos mais tarde, Bleuler adoptar a doutrina constitucionalista, suprimirá (cf. o *Traité*) o plural. A nível clínico, a subdivisão não corresponde portanto senão a uma «necessidade prática» (p. 227) e a inconstância diacrónica dos quadros mórbidos parece-lhe tornar este ponto de vista necessário.

É portanto com o título de «agrupamentos sintomáticos» estatisticamente frequentes que Bleuler retoma as clássicas subdivisões kraepelinianas:

a) O grupo paranóide: no interior do qual nenhuma distinção é feita. É necessário aliás notar a sua passagem para a primeira fila da lista; com efeito, é ele que corresponde melhor à análise psicopatológica que fundamenta a síntese da doença (autismo com conteúdo rico, perturbação afectiva sem défice).

b) Catatonia.

c) Hebefrenia: formas com início agudo não catatónico, casos crónicos sem sintomas acessórios predominantes.

d) Forma simples: esta forma parece-lhe ser extremamente frequente fora dos asilos e abranger um grande número de «nervosos», «psicopatas», «degenerados», alcoólicos, vagabundos e mendigos, excêntricos, etc. Com um exame mais atento, estas personalidades mostram muitas vezes sinais discretos de «relaxamento associativo»; por outro lado, a sua evolução vital termina muitas vezes na apatia e na desinserção asilar. É dentro deste quadro que Bleuler evoca a «esquizofrenia latente (que) estou convencido que é a forma mais frequente... As pessoas irritáveis, bizarras, morosas, concentradas ou exageradamente pontuais despertam a suspeita de serem esquizofrénicas. Descobre-se muitas vezes nelas um sintoma catatónico ou paranóide dissimulado e exacerbações no decurso da sua vida demonstram que todas as formas da doença podem passar por uma fase de latência» (p. 239).

Esta ideia, que Kretschmer desenvolverá, prefigura numerosos desenvolvimentos modernos sobre a estrutura psicótica.

Notar-se-á a grande extensão que tende a tomar a doença: formas simples e latentes, formas delirantes crónicas (Bleuler interroga-se incidentemente se a própria paranóia não se desenvolverá como uma forma ligeira do mesmo processo), formas agudas (em particular, confusionais e delirantes: a evolução já não é um critério fundamental), até mesmo casos aparentemente orgânicos (paranóia alcoólica ou delírio de prejuízo pré-senil de Kraepelin). É evidentemente a consequência da passagem do critério clínico-evolutivo para o critério psicopatológico com a sua delimitação.

## KRETSCHMER

Em 1905, Friedmann, retomando uma descrição clínica de Wernicke, descreve «formas benignas» de paranóia, que sucedem em pessoas de carácter *sensível*, tenaz, exaltado (sobretudo mulheres), de bom nível intelectual, a um conflito exterior grave; o delírio tem por tema o dano sofrido, e traduz-se pela impressão de ser observado, sem alucinação ou enfraquecimento adaptativo; esbate-se com o estado afectivo que o produz, um a dois anos depois, sem ser criticado. Diversos autores relatam na mesma época quadros da mesma ordem, até ao relatório de Gaupp (1910) sobre as predisposições paranóicas e a paranóia «abortiva». Interessando-se por esclarecer as bases caracteriológicas do delírio paranóico, ele opõe ao quadro habitual do carácter paranóico, surgido a partir da descrição dos delírios de querulência (cf. o trabalho de Pottier, cap. VI), um tipo de indivíduos que caracterizam antes tendências depressivas e psicasténicas<sup>(15)</sup> e que são sujeitos a formas

<sup>(15)</sup> Janet e a escola francesa tinham estudado este tipo de casos, como assinalámos de passagem.

rudimentares de paranóia, estando muitas vezes as ideias de relação e de perseguição ligadas a auto-depreciações psicasténicas. O delírio desenvolve-se de maneira insidiosa, com um afecto geralmente inibido, depressivo, uma consciência parcial do estado mórbido, oscilação na sua evolução e sem isolamento. É a ausência de combatividade, de sobrevalorização pessoal, ao contrário da confiança no médico, a tendência para a autocrítica e a delicadeza ética que caracterizam estes doentes e os opõem aos paranóicos «perseguidores».

Assim, em diversos trabalhos de uma grande penetração clínica, começa a ser posto em questão o dogma da cronicidade da paranóia de Kraepelin; na última edição do seu *Traité*, este último já não faz «objecções de princípio à existência de formas de paranóia benignas e seguidas de cura» (Kraepelin: *Manic-depressive insanity and paranoia*, p. 267). No entanto, para além desta concessão feita de má vontade, ele não propõe nenhuma descrição clínica e Bleuler seguiu-o neste ponto: «descreveram-se casos de paranóia «abortiva». Há certamente formações delirantes catatímicas que se corrigem a elas próprias. Mas, não chamarei a estas doenças paranóia porque uma delimitação correcta do conceito só é alcançada se a incurabilidade, que é um sinal importante em quase todos os casos, for incluída na sua definição. Aos casos abortivos falta provavelmente também o sinal importante da extensão geral do delírio» (*Traité*, p. 529). Embora não falte pertinência a esta última observação<sup>(16)</sup> admira-nos ver Bleuler recusar à paranóia, em nome da clareza conceptual, aquilo que concedia sem custo à esquizofrenia, pondo aliás aqui em causa a ortodoxia kraepeliniana.

<sup>(16)</sup> Encontramos em Clérambault a oposição, no interior do grupo clínico da paranóia de Kraepelin, dos delírios de sector (passionais-psicógenos) e dos delírios de rede.

Resta dizer que uma verdadeira delimitação clínica das diversas variedades de formações delirantes «psicógenas» está longe de ter sido alcançada e que sobretudo a sua base caracteriológica (pois com a noção de psicogenia emparelha obrigatoriamente a noção de constituição) mantém-se extremamente confusa. A útil ajustagem conceptual feita por Jaspers na oposição dos processos e dos desenvolvimentos da personalidade não é senão um quadro que espera ser preenchido. É a tarefa que Kretschmer vai tentar levar a cabo.

★

O trabalho de Kretschmer tem por modelo e por eixo a descrição e a análise de um quadro clínico notavelmente individualizado, o delírio de relação dos sensitivos<sup>(17)</sup> ao qual ele consagra um minucioso estudo monográfico (1918) ricamente recheado de longas descrições clínicas. Mas como recorda o subtítulo do livro (*Contribution à la théorie psychiatrique du caractère*), este estudo inscreve-se no interior de uma construção caracteriológica que visa a integração no conjunto da psicopatologia constitucional e racional.

«O carácter é para nós um elemento intrínseco da personalidade, do seu aspecto afectivo e volicional, que é essencial para todos os desvios psicopáticos. Nós extraímos o nosso conhecimento clínico de um dado carácter primeiramente e principalmente... na observação da totalidade das reacções isoladas do indivíduo às incitações... da vida quotidiana» (p. 31). É por-

<sup>(17)</sup> Cf. a tradução francesa da terceira edição de 1949, *Paranoia et sensibilité*, PUF, 1963. Consultar-se-á também proveitosamente a primeira parte da tese de Jacques Lacan: *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, 1932, que fornece uma excelente análise e um exame histórico.

tanto essencialmente considerando o psiquismo «como um desenvolvimento no tempo» (*ibid.*) em reacção à experiência vivida que se esclarecem os quatro componentes do carácter: impressionabilidade à experiência, retenção (capacidade para a conservar «como factor interno vivaz no interior do psíquico») (p. 32), actividade intrapsíquica (elaboração interna por colocação em conexão com os restantes elementos psíquicos e as experiências vividas), por fim expansão (exteriorização e descarga da força psíquica acumulada). A estas quatro qualidades fundamentais do carácter, é necessário juntar o seu grau de aptidão para reagir, a sua capacidade de resistência ou a sua insuficiência, isto é, a sua natureza esténica ou asténica (e o seu correlato afectivo: um sentimento de si elevado ou baixo) ou antes a natureza de mistura entre estes dois componentes num dado carácter.

Estas noções permitem a elaboração de uma caracteriologia constitucional dinâmica, visto que ela se apoia essencialmente sobre a interacção do indivíduo e das experiências que ele vive; ela visa substituir as noções empíricas puramente descritivas até agora utilizadas (histeria, delírio de reivindicação, etc.) e separar bem as «psicopatias reaccionais... dos dois outros grupos de inferioridade psicopática: ... por um lado, a oligofrenia e todas as anomalias psíquicas estáveis, não reaccionais; por outro lado, os estados rudes e predisposições autónomas, isto é, que pertencem às doenças mentais autónomas, condicionadas biologicamente» (18) (pp. 38-39). Clinicamente, aliás, estes diversos componentes podem encontrar-se misturados de formas diversas, e Kretschmer distingue quatro grandes tipos de reacções psicopáticas.

---

(18) Trata-se de temperamentos ciclotímios e esquizotímios. Estudaremos mais adiante a doutrina de Kretschmer neste domínio.

1) *As reacções primitivas*: «a experiência vivida, depois de ter penetrado no psiquismo, deixa-o imediatamente sob a forma de reacção» (p. 39) de uma maneira quase reflexa. «Esta forma de reacção não é específica, está muito espalhada por entre os mais diversos caracteres; mas, nalguns deles... onde ela se produz frequentemente, marca com o seu sinal grupos importantes (cuja) fórmula psicológica... pode exprimir-se como segue: grande impressionabilidade e grande facilidade expansiva, ao lado de uma ausência de retenção» (pp. 39-40).

Encontramos dois grupos deste tipo, segundo predominam os factores esténicos ou asténicos: «os explosivos» e «os instáveis». Estes indivíduos, os «degenerados», os «loucos morais», os «impulsivos» dos antigos autores (os nossos modernos psicopatas) são incapazes de adquirir experiência e de equilibrar a sua vida psíquica, «sucessão de condutas isoladas» sem relação entre elas ou com a situação vivida. Dois outros tipos de reacção fazem parte do grupo primitivo:

- o delírio imaginativo dos degenerados de Birnbaum (19) que se apoia sobre uma anomalia associada do poder associativo (labilidade do sentido real), formação delirante lúdica, polimorfa, lábil, de tipo histérico, pendente asténico das reacções explosivas;
- as formações históricas em que a reacção se faz também em curto-circuito, mas em direcção, não do mundo exterior, mas do psiquismo inconsciente («desvio»), indo perturbar as esferas da motricidade ou da sensibilidade, ou provocando, por um desenvolvimento automático de fenómenos associativos

---

(19) Kretschmer tem uma ideia particular, menos próxima da descrição clínica que da análise psicopatológica do trabalho de Birnbaum, próxima sobretudo das *bouffées* imaginativas agudas de Dupré e de Logre ou da esquizofrenia de Claude.

e afectivos, a obnubilação da consciência<sup>(20)</sup>. Além disso, o afecto não é liquidado numa vez, mas deixa no psiquismo um saldo sempre pronto a acordar, «tal como um cavalo excitado que, depois de um primeiro paroxismo de medo, tem ainda um passo nervoso» (p. 41); as neuroses traumáticas ou de guerra (cf. Birnbaum) fornecem um bom modelo deste tipo de mecanismo, que pode ser histérico ou simplesmente primitivo.

Como transição entre o grupo primitivo e os grupos de personalidade mais elaborada e de reacções mais específicas portanto (as reacções primitivas só são específicas pela sua frequência: elas formam a reacção psíquica inferior, susceptível de surgir em certas circunstâncias em não importa quem), o tipo feminino das «intriguistas requintadas», mulheres nervosas, excitáveis, egoístas, muito esténicas, que reagem a uma experiência traumática por um «desvio» parcial e um desejo ávido de vingança que se ecoa nas intrigas malévolas e tenazes, juntando a uma elaboração pseudo-lógica da experiência, a tenacidade dos expansivos. Este tipo forma a base de certos delírios de inveja e de perseguição.

2) *As reacções expansivas*: os indivíduos que estão predispostos para isso, são esténicos pronunciados dotados de uma forte capacidade de retenção, com predominância de um componente egocêntrico; uma «espi-

---

(20) Na sua psicologia médica, Kretschmer chamará «hipobólicos» e «hiponóicos» a estes mecanismos que lhe parecem representar modos de funcionamento não só funcionalmente, mas também filogeneticamente primitivos (cf. pp. 112-195). Ele encontra-se frequentemente no sonho e na esquizofrenia; cf. o trabalho do seu aluno A. Storch, *Les formes primitives-archaïques d'expérience intérieure et de pensée dans la schizophrénie*, 1922.

na asténica», que se manifesta por uma certa ausência de segurança e uma grande vulnerabilidade, está implantada, tal como um calcanhar de Aquiles, nesta personalidade esténica, reforçando as reacções expansivas com um elemento de sobreexcitabilidade. Diante de um conflito com o mundo exterior, que se exprime subjectivamente pela luta do indivíduo contra uma instituição colectiva toda-poderosa, desencadeia-se uma «neurose de combate», com uma tensão afectiva extrema e uma «absorção do conjunto das representações pelo grupo único conflitual» (p. 47); esta reacção pode acentuar-se até ao delírio de prejuízo mais ou menos acompanhado de ideias de grandeza (delírio de reivindicação, inventores e reformadores, paranóico perseguido). Kretschmer insiste sobre o aspecto muitas das vezes episódico destas reacções, susceptíveis de se enfraquecerem «aquando de uma mudança favorável de meio ou de um tratamento psíquico adequado», (pp. 47-48) mas que deixam disposições permanentes para reacções paranóicas; as formas crónicas sistematizadas são as menos frequentes. Fora este último ponto, vemos a proximidade desta análise com a de Bleuler, que ela clarifica ao limitar o seu alcance. A característica fundamental do grupo expansivo é a ausência de retenção consciente e de dominação das experiências fortemente carregadas de afecto.

3) *As reacções sensitivas*: são pelo contrário fundamentadas no mecanismo de retenção das experiências afectivas que Kretschmer chama «repressão» e portanto numa ausência de expansão; a experiência vivida reprimida constitui um corpo psíquico estranho na consciência que ela parasita continuamente, dando lugar:

— aos sintomas da neurose obsessiva: ruminação obsecante simples das representações conflituais ou de um símbolo destas, constituído, no máximo

de intensidade da repressão, pela «inversão» (é a «transferência» freudiana<sup>(21)</sup> considerada como reacção da personalidade);

- ao delírio de relação sensitiva, constituído ele também a partir da «inversão» da experiência patogénica primária que transmite a sua carga afectiva a uma experiência secundária delirante, base de um delírio interpretativo. O carácter sensitivo representa a imagem especular invertida da personalidade expansiva: um componente esténico irrita continuamente um carácter profundamente asténico, impedindo a submissão à experiência penosa, mas desencadeando apenas uma luta interior dolorosa. Os representantes deste grupo são personagens doces, tímidos, com vida psíquica muito variada e interiorizada, com um grande valor interior e um nível ético elevado. A variante obsessiva (escrupulosidade, pedantismo) distingue-se subtilmente da variante sensitiva.

4) *As reacções asténicas puras*: apanágio de naturezas fracas, sem defesa, de uma moleza extrema, que, diante de uma experiência intensa, se tornam tristes e desgostosas por muito tempo, incapazes que são de reagir ou reprimir. Esta «depressão reaccional» distingue-se das fases depressivas endógenas pela «doçura difusa, a sugestibilidade, a necessidade de comunicação com outrém» (p. 58) e pela gradação «nervosa» do quadro clínico (extrema fadabilidade, hipersensibilidade). Este tipo de reacção encontra-se aliás também nos sensitivos que

(21) Tal como todos os animadores da corrente dinamista, Kretschmer vai buscar muito a Freud, que ele cita sempre elogiosamente; se critica a sua meta-psicologia (cf. *Paranoia et sensibilité*, pp. 54-56 e *Psychologie médicale*), os mecanismos hipobólicos e hiponóicos, já citados, estão muito inspirados nas teorias freudianas (processos primários).

partilham fortemente do temperamento asténico.

Para compreender bem o pensamento de Kretschmer, é preciso reter no espírito que os tipos de reacções, cuja descrição e análise acabamos de resumir, representam tipos ideais, sempre combinados na realidade empírica (as combinações de traços entram aliás mesmo na definição destes tipos puros, como o notamos). A tipologia constitucional de Kretschmer, tal como a sua homóloga francesa (da qual se distingue sobretudo pelo seu aspecto «dinâmico»), representa um esforço de purificação dos quadros degenerativos clássicos e desemboca numa teoria combinatória.

★

«O delírio de relação sensitiva representa... um tipo reaccional paranóico bem caracterizado pela sua etiologia, os seus sintomas e a sua evolução» (p. 209): ele é condicionado pela disposição caracterial sensitiva: ausência de expansão, incapacidade para operar uma defesa, doçura, fraqueza, subtilidade, vulnerabilidade em contraste com um certo grau de ambição e de tenacidade, uma consciência de si orgulhosa e susceptível; levados para a introspecção e para a autocrítica, os sensitivos são tímidos, não têm segurança, mas mantêm-se abertos ao contacto, de aproximação fácil (em oposição aos obsecados pedantes, mesquinhos, distantes).

A experiência vivida com o carácter de insuficiência humilhante que o provoca (experiência patogénica), prepara uma tensão psíquica intensa, opressiva, que transforma o conteúdo primário num delírio em que a autodesvalorização do sujeito é transferida para o exterior (inversão) e desencadeia um delírio de relação. Os factos reais que levam à eclosão da doença são típicos: conflitos ético-sexuais (masturbação, amor tardio das solteironas, tendências sexuais perversas,

tentações extra-conjugais), e profissionais de tipo de insucesso humilhante; estas experiências não são deduzidas pelo médico mas aparecem evidentemente na história da doença e são assinaladas pelo próprio doente. Elas formam também o centro da temática delirante. É necessário também insistir no papel favorecedor dos factores do meio: constelações sociais de isolamento e de vigiância mais ou menos hostil (preceptores, solteironas, camponeses celibatários; pequenas aldeias de província).

Um elemento de esgotamento neurasténico, condicionado por uma grande fadiga constitucional, está sempre presente no quadro, com o seu cortejo de ansiedade, de lassidão e de incapacidade de concentração.

No plano clínico, ao lado da flutuação permanente da autocritica e da confiança no terapeuta, da procura de ajuda e de contacto, é necessário notar, ao lado do tipo paranóico, forma mais frequente, a existência de neuroses de relação aparentadas com a neurose obsessiva (ideias delirantes sensitivas obsecantes mas criticadas, com exacerbações transitórias onde vacila o senso crítico) e de manifestações delirantes agudas dissociativas (representações delirantes de influência, de transmissão de pensamento, de estranheza, ideias de grandeza, modificação do estado de consciência) onde o factor de esgotamento parece tornar-se dominante.

Finalmente, a sua evolução é tipicamente benigna: a cura mais ou menos rápida é habitual, a conservação da personalidade é total, mesmo nos casos graves, e por fim a reactividade psicológica de constelações exteriores mantém-se viva ao longo de toda a doença (donde a grande variabilidade do quadro clínico em função do meio e a possibilidade de uma abordagem terapêutica frutuosa).

Este grupo clínico bem especificado deve portanto encontrar o seu lugar no «largo

conjunto das perturbações psíquicas de carácter psicogénico e reaccional» (p. 223). É na intersecção de vários eixos que Kretschmer o situa:

- no interior do grande grupo das formações delirantes e reaccionais, o grupo sensitivo toma lugar ao lado do grupo primitivo, com as suas reacções neuróticas, as suas perturbações dissociativas agudas e as suas formações delirantes imaginativas, e do grupo expansivo, com as suas neuroses e as suas psicoses de combate;
- o próprio grupo sensitivo, tal como os outros dois grupos, compreende formações neuróticas e psicóticas. Sendo as formas mistas o habitual, é possível uma divisão do conjunto das perturbações psicógenas em perturbações neuróticas e dissociativas agudas, por um lado, e formações delirantes reaccionais, pelo outro, situando-se estas últimas no interior do triângulo formado pelo delírio imaginativo dos degenerados, pelo delírio de relação sensitivo e pela psicose paranóica de combate, e trazendo cada um destes elementos, para o quadro clínico, a sua nota específica.

O critério puramente clínico deve portanto ser abandonado ou antes conservado somente a título prático, porque uma neurose de relação ou uma neurose obsessiva está mais próxima de um delírio sensitivo que de uma psicose de combate, no interior do velho quadro da paranóia de Kraepelin. Só as formas mistas e a sua análise psicopatológica justificam a conservação de entidades desta ordem, mas então elas devem assumir maior amplitude porque nada justifica a sua separação dos fenómenos históricos, por exemplo.

Resta o problema da paranóia de Kraepelin<sup>(22)</sup>; uma vez postos de lado os «processos» paranóicos segundo a justa análise de Jaspers, este grupo puramente empírico parece cobrir as psicoses de combate, os delírios de relação sensitivos e um grupo restante, para o qual Kretschmer lamenta que o termo de «delírio de desejo» proposto por Maier não tenha sido mantido. Trata-se das «paranóias de desejo» que representam menos evoluções reaccionais que desenvolvimentos de uma personalidade patológica, apresentando traços que a aproximam do tipo primitivo, e que se protege contra as dificuldades vitais e adaptativas constantes, através de um desenvolvimento rectilíneo de «realizações autísticas de desejo»<sup>(23)</sup>. É no interior de um segundo triângulo constituído pelas três formas assim isoladas que se situam os quadros clássicos da paranóia de Kraepelin, que participam geralmente destes três tipos de mecanismo (não sem integrar, aliás, frequentemente, traços primitivos); factor suplementar de dissolução, notemos que dois destes três pólos tendem a evoluir benigna e resolutivamente.

★

Com o seu esforço para resolver o conjunto do problema da patologia constitucional, Kretschmer aborda em seguida as psicopatias ligadas às três grandes psicoses «endógenas», tal como se foram progressivamente delimitando na psiquiatria alemã. Kraepelin tinha descrito como «estados fundamentais» da psicose maníaco-depressiva, os temperamentos deprimidos, excitados, irritáveis e ciclóticos. Bleuler, como vimos, considerava como esquizofrenia latente ou larvar, numerosos psicopatas reservados, bizarros, sonhadores ou fanáticos. O tempe-

ramento epileptóide tinha sido descrito há muito por numerosos autores e foi precisado por Bleuler e pela sua escola (F. Minkowska). É aliás somente em 1936 que Kretschmer se interessa por isso, enquanto estuda os dois outros temperamentos desde 1921<sup>(24)</sup>.

A doutrina de Kretschmer constitui uma síntese de várias correntes de ideias. A concepção degenerativa-endógena das duas psicoses kraepelinianas, sobretudo a demência precoce (visto que, no que diz respeito à maníaco-repressiva, esta sempre foi a concepção geralmente aceite) está a aparecer por todo o lado. Tanzi (cf. o seu tratado), desde 1905, e os autores franceses foram os primeiros a defender este ponto de vista. A teoria auto-tóxica de Kraepelin integra-se aliás aí, com o modelo do mixedema.

Surgiu a ideia de que, na família destes grandes doentes dos asilos, se poderiam revelar formas muito ligeiras do mesmo fenómeno (por exemplo, segundo o modelo de um gène recessivo ou de fraca penetração, não se manifestando senão raramente) sob a forma dos temperamentos atrás citados. Do mesmo modo, antes da eclosão da doença estes temperamentos poderiam ser descobertos nos doentes e encontrar-se em caso de cura ou no intervalo das fases e dos ataques. Assim se forma a concepção de uma série contínua entre formas normais de temperamento (esquizotímio, ciclótímio ou antes síntono, segundo o termo de Bleuler), as psicopatias constitucionais, modos de ser permanentes (por oposição aos tipos de reacções que examinámos antes) dos esquizóides e dos ciclóides, e as duas grandes psicoses endógenas, brutal acentuação «processual» destas predisposições latentes.

Finalmente a ideia principal de Kretschmer é de pôr em correlação estes tempera-

<sup>(22)</sup> Ver o grande quadro recapitulativo.

<sup>(23)</sup> Delírios ambiciosos, amorosos, negação da realidade. Cf. *Psychologie médicale*, pp. 331-334.

<sup>(24)</sup> Cf. *La structure du corps et le caractère*. Tradução francesa da 6.ª edição alemã, Payot, 1930. Ver também (sobretudo para a epilepsia): *Psychologie médicale*, pp. 238-257.

mentos acerca dos quais ele vai fazer um estudo rico e pleno de sagacidade, como é seu hábito, com tipos particulares de estrutura corporal. «O diabo popular é sobretudo magro e tem uma barbicha de bode no seu queixo pontiagudo, enquanto que os diabos gordos têm um ar de bonomia animal. O intriguista é corcunda e tossicador. A velha feiticeira tem um bico de ave de rapina. O gordo cavaleiro Falstaff, com a sua calvície luzente e o seu nariz vermelho e inchado, aparece de boa vontade onde se gosta de boa comida e da vida alegre; a mulher do povo com bom senso salutar é atarracada, rechonchuda... Os santos são esguios, descarnados, transparentes, pálidos e góticos... Poderá bem acontecer que coisas cristalizadas pela imaginação dos povos ao longo dos séculos sejam documentos objectivos de psicologia étnica, extratos de observações feitas em grande série que mereceriam uma olhadela do sábio» (p. 13).

É portanto na procura de uma correlação entre certas estruturas morfológicas e certos temperamentos<sup>(25)</sup>, pensada pela via das conexões endocrino-humorais e neuro-vegetativas, que Kretschmer se empenha. Um estudo em grande série de doentes apresentando os dois grandes tipos de psicoses endógenas, permite-lhes a apreensão intuitiva de alguns «biotipos» corporais que um estudo estatístico conciso confirmará, efectuando uma curiosa descoberta sobre a qual o pensamento psiquiátrico e psicopatológico ainda não cessou de se interrogar, mas que corresponde a uma incontestável realidade clínica. Não descreveremos aqui os biotipos pícnico, leptosomo-asténico, atlético e displásico cuja descrição se encontra em todos os tratados modernos de psiquiatria (e nos trabalhos de Kretschmer); recordemos a predilecção com que os acessos da psicose cir-

cular se declara no primeiro, a esquizofrenia nos seguintes, e a raridade das correlações inversas. Ao nível dos temperamentos, a doutrina é muito mais controversa, assentando a sua verificação em critérios mais subjectivos.

A tipologia caracterial de Kretschmer assenta portanto na oposição<sup>(26)</sup>:

- dos ciclotímios: cuja gradação afectiva varia entre a alegria e a tristeza, cujo ritmo psíquico varia entre a mobilidade e uma lentidão confortável; a psicomotilidade está adaptada às excitações, harmoniosa, natural, doce. É com efeito a harmonia, o bom contacto com o ambiente (sintonia de Bleuler, extroversão de Jung), a fraqueza que caracteriza estes indivíduos que, quando dotados, são realistas, humoristas, empíricos, chefes audaciosos, mediadores compreensivos. A sua patologia traduz-se por uma ausência de retrocesso em relação ao meio, uma reactividade psico-afectiva intensa e perturbações do humor;
- dos esquizotímios: cuja gradação afectiva varia entre um pólo frio anestésico e um pólo sensível hiperestésico, o ritmo psíquico apresenta grandes desvios, um comportamento entrecortado com brutais alternâncias; a psicomotilidade é reservada, fria e rígida, ou preguiçosa. É, como se vê, a ausência de relação com o meio, a tendência para a vida interior, para uma reserva «aristocrática» em relação ao mundo (introversão de Jung) que caracteriza este temperamento que se encontra em numerosos psicopatas inadaptados e nalguns homens ilustres: românticos, artistas da forma, lógicos e metafísicos, homens de sistema, idea-

(25) As perturbações endócrinas (hipotiróide, castração precoce) fornecem um modelo muito evidente desta teoria.

(26) Cf. *La structure du corps et le caractère*, os quadros gerais das pp. 249-252.

listas puros, déspotas fanáticos ou calculistas frios, etc.;

— por fim, os viscosos («gliscróides», de F. Minkowska) que oscilam entre um pólo fleumático que forma o seu humor de base e um pólo explosivo, crítico, com um ritmo psíquico pastoso, uma psicomotilidade adaptada às incitações mas pesada, lenta, medida. Tenazes, pouco reactivos, estes temperamentos que têm um lugar especial no biotipo atlético e na epilepsia não originam grandes talentos, mas dão por vezes homens dotados de uma potência de trabalho e de uma resistência pouco comuns.

\*

Uma vez consideradas as psicoses endógenas como representando o modo de descompensação de certos tipos de personalidade, tornava-se tentador explicar a presença de sintomas de tipo esquizofrénico ou excito-depressivos noutras doenças, em particular na patologia orgânica (intoxicações, demências senis ou outras, paralisia geral, etc.), bem como a actualização, no decurso de processos diversos, das predisposições do sujeito. O mesmo raciocínio se pode aliás aplicar para a utilização doutros tipos de predisposição (histérica, querulenta-expansiva ou sensitiva, etc.). Assim se forma o «diagnóstico estratificado» de Kretschmer<sup>(27)</sup>: uma predisposição esquizóide por exemplo, age de forma patogénica na constituição de uma esquizofrenia, mas colora de forma «patoplástica» (o termo é de Birn-

(<sup>27</sup>) Vimos os constitucionalistas chegarem às mesmas convicções. Por exemplo, Devaux e Logre no seu estudo da constituição ansiosa, ou G. Ballet (e em breve, Clérambault) na análise das psicoses alucinatórias crónicas.

baum) uma afecção de uma outra natureza<sup>(28)</sup>.

O mesmo processo pode esclarecer as próprias psicoses endógenas: vimos o quadro clínico da esquizofrenia incluir fases maníacas e melancólicas; além disso, as predisposições, concebidas como hereditárias, podem facilmente misturar-se.

«Cada homem, assim, tem um componente sintono e um componente esquizóide ... Cada uma destas reacções, ou as duas, pode exagerar-se de forma mórbida no mesmo indivíduo. Os casos extremos pertencem assim à maníaco-depressiva pura ou à esquizofrenia pura. Mas, frequentemente, temos de nos haver com combinações... Excepto nos casos mais extremos, já não precisamos de nos interrogar: é uma maníaco-depressiva ou uma esquizofrenia? Mas: *até que ponto maníaco-depressiva e até que ponto esquizofrenia?*»<sup>(28)</sup>. Estas linhas são de Bleuler (*Traité*, (p. 175) que, na segunda fase da sua carreira, depois da ruptura com Freud, adere às doutrinas de Kretschmer.

Para além da possibilidade de justificar diversos e numerosos «casos atípicos» que eram difíceis de integrar na nosologia kraepeliniana, esta orientação de pensamento tem uma consequência importante: ela con-

(<sup>28</sup>) É necessário aliás indicar que no caso inverso, «processos» adquiridos podem modificar o carácter e produzir uma disposição de aparência constitucional, e até mesmo manifestarem-se primeiro pelo que parece uma simples patologia de tipo reaccional.

(<sup>29</sup>) Esta é uma formulação que esclarece todo um desenvolvimento histórico: não se separou a demência precoce lentamente das «psiconeuroses» de Krafft-Ebing? Depois de 1908, pelo contrário, Spech defendia o reatamento da paranóia com a maníaco-depressiva, confiando em numerosos argumentos clínicos: hipomania dos processivos, alta estima de si dos perseguidos, depressão inicial dos delírios de perseguição, evolução por acessos de aparência depressiva ou excitada. Cf. a apreciação de Bessiére, *Revue de psychiatrie*, 1913, pp. 402-411.

tribui para a dissolução conceptual da noção de *entidade mórbida* herdada de Falret, que formava o eixo de estruturação da psiquiatria clássica. Já vimos a dissociação que a análise kretschmeriana tinha afectuado na paranóia de Kraepelin, na histeria e nas outras perturbações psicopáticas. O «diagnóstico estratificado» visa a substituição de um diagnóstico em termos de doença mental ou de quadro clínico por uma análise psicopatológica em termos de mecanismos. Uma importante corrente se forma assim, para a qual a nossa nosologia clássica aparece cada vez mais como um quadro taxinómico rígido, afastando o doente e a sua personalidade do estudo da doença. Bleuler não afirmava que: «não há paranóia, há somente paranóicos»? Este movimento é aliás acompanhado com vivo interesse pelas «terapêuticas da personalidade»: psicoterapia, ergoterapia, terapia institucional, que conhecem ao mesmo tempo, um grande progresso e que se apoiam nas novas doutrinas dinâmicas.

## RESUMO

*Neste capítulo da sua obra, P. Bercherie aborda a corrente psicodinâmica alemã, como surgiu, em que se fundamenta, como influenciou a psiquiatria da época.*

*Analisando primeiro a problemática das afecções psicógenas, seguindo-se a da esquizofrenia, o autor passa depois à apresentação do trabalho desenvolvido por Kretschmer no domínio da psicopatologia, nomeadamente no que diz respeito ao delírio de relação sensitiva e à sua integração no conjunto da psicopatologia constitucional e reaccional.*

*De um modo claro e sistematizado, podemos apreender como surgiram conceitos fundamentais, o que define e caracteriza cada um deles, que autores contribuíram para isso e como, que reformulações houve de investigação para investigação.*

## RÉSUMÉE

*Dans ce chapitre de son oeuvre, P. Bercherie abord le courant psychodynamique allemand, comment il est né, sur quoi il se fonde, et comment il a influencé la psychiatrie de l'époque.*

*Analysant d'abord la problematique des affections psychogenes, et ensuite celle de la schizophrénie, il passe après à la présentation du travail développé par Kretschmer dans le domaine de la psychopathologie, surtout en ce qui concerne le délire de relation sensitive et son integration dans l'ensemble de la psychopathologie constitutionnel et réactionnel.*

*D'une façon claire et systémasée, nous pouvons appréhender comment des concepts fondamentaux sont nés, ce qui les défine et caractérise, quels auteurs y ont contribué et comment, quelles reformulations y sont eus avec chaque investigation.*

## SUMMARY

*In this chapter of his work P. Bercherie approaches the german psychodynamic current, how it appeared, on what it stands, how it influenced the psychiatry of that time.*

*Analysing the problematic of psychogenic diseases first and after the problematic of schizophrenia, he passes then to the presentation of Kretschmer's work, specially what concerns the sensitive relation delirium and its integration on the ensemble of the constitutional and reactional psychopathology.*

*In a clear and systematized way we can apprehend how concepts have emerged, what defines and characterizes each one, which authors have contributed to that and how, what reformulations have taken place with each investigation.*