

de Campos, Murillo
O grupo das esquizofrenias ou demência precoce. Relatório apresentado ao III Congresso Brasileiro
de Neurologia, Psiquiátrica e Medicina Legal. Rio de Janeiro. Julho de 1929.

História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 17, núm. 2, diciembre, 2010, pp. 709-732
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138053030>

O grupo das esquizofrenias ou demência precoce

Relatório apresentado ao III Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiátrica e Medicina Legal. Rio de Janeiro. Julho de 1929.

Pelo Dr. Murillo de Campos
(Livre-docente da Fac. de Medicina e Chefe da Clínica Psiquiátrica do
Hospital Central do Exército)

Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria, Rio de Janeiro, n.3, nov. 1929, p.155-188

uuuuUUU

As esquizofrenias constituem ainda uma das questões mais interessantes da psiquiatria dos nossos dias. O seu conceito, encarado sob os mais diversos aspectos, tem sido muito discutido, quando não profundamente modificado, como se depreende das palavras de Bleuler, ao iniciar o seu relatório, no Congresso de Genebra, em 1926: “*Quand je lis les travaux français sur la schizophrénie, j'ai l'impression d'être un personnage légendaire auquel on attribue souvent des paroles qu'il n'a jamais prononcées et des actes qu'il n'a jamais accomplis*”.

Para não incidir em idêntico julgamento, neste relatório, a exposição da matéria acompanhará quase literalmente o pensamento do mestre suíço, tal como consta dos seus trabalhos fundamentais.¹ Far-se-ão, entretanto, algumas referências às principais concepções, nacionais e estrangeiras, que mais de perto se ligam ao assunto.

Alguns dados históricos

A história da demência precoce, disse com razão Wilmanns², é a história da psiquiatria nas três últimas décadas.

A separação das psicoses orgânicas acarretou, por muito tempo, grande confusão no domínio das chamadas psicoses funcionais. A primeira tentativa bem orientada de sistematização deve-se

N.E. – Sobre este artigo, ver “Classificando diferenças: as categorias demência precoce e esquizofrenia por psiquiatras brasileiros na década de 1920”, de Ana Teresa A. Venancio, neste número de *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*.

¹ E. Bleuler, *Dementia precoox oder Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig und Wien, 1911; *Tratado de Psiquiatria*, Madrid, 1924; *La schizophrénie*, Congrès des Médecins Alienistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française, Genève-Lausanne, Août 1926.

² K. Wilmanns, *Die Schizophrenie, Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, September 1922.

a Kraepelin. Preocupado com a marcha e o prognóstico dessas psicoses, Kraepelin, num rasgo de clarividência, pôde definir, simultaneamente, o conceito da demência precoce e o da psicose maníaco-depressiva, quando disse que havia na demência precoce um grupo de sintomas assinalando a marcha para a demência; que estes sintomas não se encontravam na psicose maníaco-depressiva; e, finalmente, que esta psicose nunca evoluía para uma demência secundária.

Kraepelin, atendendo ainda à similaridade e especificidade dos estados terminais, ao caráter intermutável dos sintomas e à noção de hereditariedade similar, reuniu, num mesmo grupo, sob a designação de demência precoce a hebefrenia de Hecker, a catatonia de Kahlbaum e as formas paranoides, além de outros estados clínicos, como, por exemplo, a demência precoce de Morel. Finalmente atribuiu a todo o grupo caracteres gerais, tais como a precocidade do início, a rapidez da evolução e a terminação fatal.³

As críticas e as restrições à concepção de Kraepelin não se fizeram esperar.

A princípio, dirigidas principalmente contra a designação *demência precoce*, procuravam demonstrar que nem todos os casos evoluíam para a demência, e que nem sempre o início era precoce, por ocasião da puberdade ou imediatamente depois. Procuravam demonstrar também que a doença podia estacionar em qualquer fase da sua evolução, ou apresentar uma regressão dos sintomas. A cura social não tinha, aliás, passado despercebido ao próprio Kraepelin. O termo *demência* tinha ainda o grande inconveniente de uma significação mais social que patológica, além da circunstância da existência, não apenas de uma, mas de várias demências.

Depois, as críticas visaram, na concepção de Kraepelin, o exagero da análise clínica apoiada exclusivamente nos sintomas aparentes.

Admitindo inicialmente apenas três formas clínicas – a hebefrênica, a catatônica e a paranoide – nas últimas edições das suas obras, Kraepelin⁴ já consegue descrever mais seis – a *dementia simplex*, a deterioração depressiva ou estuporosa simples, a deterioração depressiva com ideias delirantes, as formas agitadas e as formas circulares, a esquizofasia e a demência precocíssima, além do grupo das parafrenias. No entanto, não se conhecem ainda, na demência precoce, sinais de ordem qualitativa ou quantitativa que permitam essas numerosas subdivisões, forçosamente correspondentes a diferenças biológicas precisas. Esta crítica às classificações dos distúrbios mentais, impelidas tão longe, sem nenhuma utilidade prática, já se fizera a Chaslin⁵, quando pretendeu delimitar 31 variedades de estados alucinatórios agudos, mais frequentemente encontrados na demência precoce.

Definição e caracterização

Bleuler, tomando em consideração os fatos referidos, adotou, em vez da designação de *demência precoce*, a de *esquizofrenia*, que tem a vantagem de significar que a dissociação das faculdades psíquicas é a principal característica da doença.

³ E. Minkowski, *La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels*, Evolution psychiatrique, t.1, Paris, 1925.

⁴ E. Kraepelin, *Einführung in die Psychiatrische Klinik*, IV Auflage, Leipzig, 1921.

⁵ Chaskin, *La confusion mentale primitive*, Paris, 1895.

Aliás, Kraepelin e os psiquiatras alemães não tardaram em adotá-la como sinônima de demência precoce.

Por uma simples questão de comodidade, diz-se *esquizofrenia*, no singular, porque, enquanto não conseguida uma classificação natural, esta designação não se refere a uma entidade mórbida, no sentido restrito do termo, mas a um agrupamento patológico, que lembra o das psicoses orgânicas: “*wahrscheinlich auch einige seltenere Krankheitsbilder Symptome hervorbringen - gewisse leichte organische Störungen, irgendwelche intoxicationen wie die alcoolische, verschiedene Arten von Autointoxicationen oder von Infektionen - , die für unser jetziges Wissen der Schizophrenie nicht abzugrenzen seien*”. Por isso, diz Bleuler, mais justo é falar de *esquizofrenias*, no plural.

A esquizofrenia, de modo geral, abrange um grupo de estados psicopáticos, que evoluem cronicamente ou por meio de surtos, neste último caso, depois dos mesmos, podendo ocorrer ora estacionamento, ora *regressão dos sintomas*, porém nunca um completo *restitutio ad integrum*.

Duas ordens de sintomas caracterizam a esquizofrenia: os fundamentais e os acessórios, aparentes ou clínicos.

Os sintomas fundamentais – *unmittelbare seelische Äußerungen eines organischen Prozesses* – consistem num distúrbio particular do pensamento, em certas alterações da afetividade em relação ao mundo exterior, e numa tendência à fantasia que termina pela exclusão do real (autismo).

O *distúrbio do pensamento*, encontrado até nos casos leves, é caracterizado pelo relaxamento das associações habituais: – o pensamento não se encaminha para um determinado fim, não obedece a uma ideia diretriz e, nessa condição, foge ao seu papel em face da realidade.

Para dar uma noção aproximada do relaxamento das associações, Bleuler recorre a numerosos exemplos, tais como o seguinte: “Onde está o Egito?” – o esquizofrênico responderá – “entre a Assíria e o Congo”, associando uma das mais antigas civilizações a uma das nações mais modernas, e fazendo com isto abstração da noção de tempo; em vez de simplesmente responder – “nordeste da África”, ele se desloca para o continente asiático e suprime o Sudão que está de permeio.

Tanto mais pronunciado o distúrbio associativo, tanto menos adaptado ao ambiente é o pensamento, até que, nos casos extremos, privado da ação reguladora que resulta da sua ligação ao real, acaba se fragmentando. A consequência imediata deste fato é a alteração da lógica e dos conceitos, que origina a insuficiência de julgamento ou a imprecisão, o deslocamento ou a condensação de muitos conceitos num único. As associações tornam-se *esquisitas, incompreensíveis*, e o doente, em tais condições, diz-se dissociado. A personalidade perde a unidade, influenciada ora por este, ora por aquele complexo, pois os diversos complexos psíquicos já não se reúnem, como normalmente, para os mesmos conjuntos de aplicações.

O relaxamento das associações reveste, às vezes, aspectos curiosos, como: a *interceptação* ou privação de pensamentos, que pode ser mais ou menos duradoura; a *irrupção* de pensamentos, em que o doente se sente obrigado a pensar em alguma coisa ou sente que pensam dentro de seu cérebro e contra a sua vontade; a *perseveração* de pensamentos, em que o paciente não pode destacar-se de um assunto, ou, mesmo, de algumas ou de uma palavra.

O estado distímico dominante pode dar ao distúrbio associativo uma forma de fuga ou de inibição ideativa.

As *perturbações afetivas* lembram as do pensamento: – não há abolição das reações afetivas, apenas desvio do seu alcance pragmático.

Nos doentes graves, ocorre o que se poderia chamar de *demência afetiva*, em que podem passar anos inteiros sem uma demonstração afetiva, parecendo possuir apenas vida vegetativa, pois, não raro, até o instinto de conservação deixa de manifestar-se em situações de grande e iminente perigo. Não se queixam de fome, de sede, nem tampouco dos maus-tratos a que, porventura, estejam submetidos. Não se incomodam com o que lhes possa acontecer, nem aos seus próximos.

Nos doentes leves, os distúrbios afetivos são da mesma natureza, embora menos intensos. Há, sobretudo, acentuada irregularidade das reações afetivas: – normais, em relação a certos fatos; diminuídas ou ausentes em relação a outros, muitas vezes dos mais importantes.

A afetividade, nestas circunstâncias, parece *rígida*, acompanha mal as modificações que se passam no meio ou na própria pessoa, não tem a mobilidade necessária, havendo, segundo a expressão de Bleuler, como que uma *adiadococinesia afetiva*, que a distingue das distimias maníaco-depressivas. Outras vezes, notam-se reações paradoxais (paratimia, paramimia).

Em nenhum caso de esquizofrenia, porém, ocorrerá perda da afetividade: – até nos velhos esquizofrênicos, sujeitos a um longo internamento, na aparência completamente indiferentes, descobrem-se pontos sensíveis, formados por antigos complexos, que atingidos, desencadeiam reações imprevistas, violentas e adequadas. A afetividade pode reaparecer integralmente, além disso, quando, por exemplo, uma afecção orgânica vem complicar a esquizofrenia, o que faz supor que, nesta doença, os sentimentos não se alteram, porém ficam funcionalmente impossibilitados de uma exteriorização.

Dois sentimentos opostos muitas vezes dão colorido a uma mesma representação mental. É a *ambivalência*, tendência da psique esquizofrênica, que se prende à perturbação das associações de ideias. A mesma representação pode suscitar sentimentos opostos (ambivalência afetiva); manifestações antagônicas de vontade (ambitendência); ou conceitos que se chocam (ambivalência intelectual). As três formas de ambivalência não se separam de modo preciso, pois, se por um lado a afetividade e a vontade surgem como aspectos de uma função única, por outro, as oposições intelectuais não se isolam das afetivas. A associação de ideias de grandeza ou de perseguição ou de pequenez prende-se a desejos ou a temores, que afirmam ou negam o valor pessoal. O paciente sente-se forte, temido, e, ao mesmo tempo, fraco, vencido de antemão. O protetor transforma-se facilmente em perseguidor, sem que nisso possa intervir a primeira situação. Mais rara é a transformação do perseguidor em protetor. Por meio de inúmeras transições, sob a forma de ambitendências, passa-se da ambivalência ao negativismo.

Autismo.⁶ É uma perturbação caracterizada pela modificação das relações que, normalmente, existem entre a vida interior e o meio externo. O exagero da primeira constitui o autismo.

No autismo de certa intensidade, os doentes mantêm um contato insuficiente com o ambiente, evitam as relações sociais, vivem num mundo de fantasias, em que os desejos são tidos como satisfeitos e os temores e as perseguições como verídicos.

⁶ Esta noção assim como a de complexo e a de conteúdo da psicose, diz Bleuler, resultaram diretamente da influência da doutrina psicanalítica.

A desinserção da realidade, a par da predominância absoluta ou relativa da vida interior, caracteriza o autismo que, para Bleuler, é quase a mesma coisa que o autoerotismo para Freud. Para o fundador da psicanálise, entretanto, libido e erotismo são conceitos muito mais amplos.

O autismo, pelo lado positivo, significa o mesmo que P. Janet chamou de “perda do sentido da realidade”, pelo lado negativo. Esta expressão não se justifica, porém, porque traduz o fenômeno de forma muito geral: – o esquizofrônico não perde o sentido da realidade, limita-o apenas no que suscetibiliza os seus complexos; todos os fatos restantes são conservados com a maior exatidão.

A realidade, no autismo, perde de forma mais ou menos pronunciada a significação afetiva e lógica. Os doentes movem-se, no mundo exterior, influenciados pelos seus desejos e delírios: – o que contraria os seus complexos passa a não ter significação afetiva e intelectual.

Um doente de Bleuler, dama da alta sociedade cantava num concerto e não chegava a um fim; o público, irritado, entrou a fazer ruído, e ela, satisfeita, se conservou como se estivesse a receber aplausos. Uma outra, tida como neurastênica, dizia “ter feito à roda de si um muro tão estreito, que lhe dava a impressão de estar dentro de uma chaminé”.

Para muito doentes, os dois mundos, o real e o autista, têm as mesmas aparências de verdade. Nos casos leves, prendem-se mais ao real, e, nos graves, mais ao autista, podendo, entretanto, neste caso, relativamente a atos elementares, como, por exemplo, o comer, continuar ligados ao mundo real.

Os doentes, naturalmente circunspectos, dão a impressão de menos autistas do que, na realidade, o são, porque conseguem recalcar ou não se preocupar demasiado com os pensamentos autistas.

Completa barragem do mundo exterior verifica-se apenas nos altos graus do estupor. Nos casos comuns, não somente coexistem, lado a lado, os dois mundos, como também se misturam pela forma a mais ilógica.

Desejos e temores formam o conteúdo do pensamento autista: – desejos, quando o paciente não vislumbra embaraços à sua realização, e temores, no caso contrário. Os propósitos e os gestos incoerentes, as perturbações psicossensoriais e as ideias delirantes exteriorizam o autismo, ou, em outros termos, encobrem os *complexos*.

Entre a psicose e o sonho há uma grande analogia, e já não são vistos apenas como a “anarquia” ou a “vagabundagem” do pensamento dos autores antigos, mas como fenômenos desviados do real, de um pragmatismo negativo ou nulo, muitas vezes em contradição com as necessidades mais elementares da existência. Num e outro caso, não carecendo objetivar-se, tornar-se compreensível, o pensamento utiliza sinais e símbolos, que originam os quadros extravagantes, os gestos desordenados, as frases incoerentes de que se formam os sonhos e as manifestações exteriores de certos alienados.

O elemento determinante do autismo, o *complexo* é, segundo a definição de Bleuler, “um grupo de lembranças, representações ou ideias, dotado de forte carga afetiva e privado dos laços que o deveriam prender, como no estado normal, à unidade psíquica individual”. Não integrado na corrente contínua da vida psíquica, o complexo permanece à margem como um corpo estranho, porém sempre à cata de uma oportunidade para exteriorizar-se.

Nas doenças mentais, a exteriorização dos complexos faz-se, sobretudo, por meio dos sintomas clínicos: – por mais complicados que pareçam têm sempre um sentido em relação com os complexos subjacentes.

São clássicas as primeiras observações desses fatos, devidas a Jung.⁷ A primeira é a de uma velha demente, internada havia muitos anos, cujos movimentos estereotipados, um esfregar contínuo das mãos, única manifestação exterior, pareciam incompreensíveis. Ninguém a visitava e ela, por sua vez, nada podia informar sobre o seu passado. Alguns anos antes, estes movimentos eram mais amplos. Vendo-a, os enfermeiros diziam a rir – “a velha que cose sapatos”. No dia em que ela morreu, um parente veio assistir aos seus funerais. Jung perguntou-lhe se tinha qualquer recordação da forma por que a prima adoecera, e ele, depois de um esforço de memória, respondeu – “Ah!, sim, lembro-me, a doença começou depois de um desgosto íntimo; ela tinha um companheiro que a abandonou”. E, continuou Jung – “Quem era este companheiro?” – “Era um sapateiro”. Na estereotipia da demente havia, pois, um sentido: – traduzia um apelo simbólico aos desejos do passado, tão fortemente contrariados pela realidade.

Noutra observação, trata-se de um jovem e apreciado escritor. Franzino, tímido, gago, levava uma vida retirada, parecendo ter encontrado na ciência o máximo de satisfação que a vida pode conceder. Por ocasião de uma excursão a B., ele apresentou forte excitação: – fazia exercícios grotescos, declamava em voz alta, falava da sua beleza e da sua força, assim como duma lei que tornaria possível a aquisição de uma voz melodiosa. Este doente anteriormente tivera um acesso parecido, também por ocasião de uma estadia em B. Via-se, então, à frente de numerosos exércitos, que conduzia à vitória. Por esse feito brilhante, recebia, como recompensa, a mão da jovem, a quem amara, em segredo, tempos antes.

Depois de calmo, referiu que, na verdade, a sua timidez, acrescida da gagueira, tornara-lhe impossível a declaração do seu amor. Ela vivia em B., casada com outro, e o doente, dizendo-a completamente esquecida, pretendia encontrar-se “por acaso” em B., à busca de um pouco de repouso. Os gestos e as palavras incoerentes, assim como a agitação, que motivaram o internamento, são compreensíveis. O conteúdo da psicose é claro, o mecanismo de compensação evidente: – neste estado, o jovem sentia-se belo, forte, eloquente e, portanto, em condições de alcançar a mão da sua amada, à qual, na realidade, renunciara, por motivo de suas deficiências.

O conjunto dos complexos de um caso dado forma o *conteúdo da psicose*, cuja noção, segundo a expressão de Wilmanns⁸, constituiu a pedra angular da psicologia dos esquizofrênicos. Até então nada se podia perceber por trás da salada de palavras ou das estereotipias, do mutismo, da hipercinesia de certos doentes. Os sintomas clínicos como que formam uma camada superficial, isolando o núcleo profundo dos complexos.

Os complexos, no entanto, de certo modo, se refletem nos sintomas. Não quer isto dizer que guardem uma relação de causa e efeito, mas, mesmo assim, entre o acontecimento que constitui o complexo e o aparecimento do distúrbio psíquico há o que Minkowski chamou de relação patoplástica. Destarte, pode-se precisar a diferença que existe entre uma forte emoção (tremor da terra, acidente ferroviário, etc.), que, como um golpe de maça, abate o organismo, e os complexos que resultam da cristalização de desgostos silenciosos e obscuros, desejos irrealizáveis e às vezes

⁷ Citadas em *La schizophrénie* de E. Minkowski, Paris, 1927.

⁸ K. Wilmanns – Op. cit.

inconfessáveis, os quais duram e sombreiam toda a existência e ainda vêm, muitos anos depois, refletir-se nas atitudes e nos gestos dos doentes.

Os sintomas fundamentais encontram-se em todos os casos de esquizofrenia, ao contrário dos sintomas acessórios ou aparentes, que, em alguns, estão ausentes e, noutras, presentes, de modo permanente ou transitório.

Segundo as expressões de Bleuler, os sintomas acessórios são: “*teils psychische Funktionen unter veränderten Bedingungen, teils die Folge mehr oder weniger missglückter oder auch geglückter Anpassungsversuche an die primären Störungen*”.

Os sintomas acessórios de diferentes espécies não se verificam num mesmo doente.

A psicanálise demonstra que os sintomas acessórios se ligam à exteriorização dos complexos. O conteúdo da maior parte das alucinações e das ideias delirantes, da mesma forma que o conteúdo dos sonhos compõem-se quase exclusivamente de símbolos de natureza sexual (espadas, pontas, animais, guerra, luta, morte, sensação de domínio, de esquartejamento, etc.)

Alguns dos sintomas acessórios não se encontram senão na esquizofrenia. Assim:

a) O sentimento que têm os doentes de que os seus pensamentos são detidos por influências estranhas, de que o magnetizam, etc.

b) O aparecimento em doentes lúcidos e bem orientados de alucinações em massa, de ideias delirantes absurdas e incoerentes e de atos impulsivos imotivados.

Entre as alucinações são características as cenestésicas e as auditivas.

As alucinações visuais e as de outros sentidos, fora dos episódios agudos são raras.

Os doentes ouvem ruídos de toda sorte (sopros, murmuracões, cochichos, tiros, estrondos...), choro, riso, conversa encadeada, música ou “vozes” que ameaçam, insultam, consolam ou criticam, parecendo-lhes partir do próprio corpo, das paredes, do inferno, etc. A audição de conversas longas e coerentes faz supor a concomitância do alcoolismo.

As alucinações cenestésicas são extremamente variáveis: – os doentes sentem que são eletrizados, queimados, castrados..., ou que os seus órgãos são retirados ou trocados. Sentem que são impelidos a práticas sexuais normais ou anormais (pederastia, onanismo, etc.).

c) Os sintomas catatônicos – catalepsia, estupor, hipercinesia, estereotipias, maneirismo, negativismo, ecopraxia, automatismos – quando pronunciados apenas se encontram na esquizofrenia ou em outras doenças a que este processo mental esteja associado.

Certos sintomas análogos aos catatônicos, que ocorrem na encefalite letárgica, segundo Bleuler, têm caráter sensivelmente diverso.

Os sintomas acessórios esquizofrênicos como que trazem a marca da doença. Aliás, foi baseando-se neles que Kraepelin chegou à sua concepção de demência precoce.

Tipos clínicos

Não considerando a esquizofrenia no estado atual de nossos conhecimentos, como uma entidade nosológica única, Bleuler não se preocupa com a delimitação de formas clínicas particulares. Admite, porém, na classificação dos quadros esquizofrênicos aparentes, que mudam frequentemente, quatro tipos conforme a preponderância ou a ausência de certos dos sintomas

acessórios. Não pretende com isto que um tipo se mantenha sempre o mesmo num mesmo doente, embora muitas vezes assim aconteça.

1º *Tipo paranoide*, em que predominam as alucinações e as ideias delirantes, quase sempre associadas.

Apresenta-se sob duas formas principais: a) constituído desde o início e com uma evolução crônica (depois de um período de mal-estar e egocentrismo, desenvolvem-se, com o passar do tempo, delírios no sentido de perseguição, da grandeza ou da hipocondria); b) constituído depois de uma fase inicial aguda melancólica, maníaca, delirante ou catatônica.

Muitos dos doentes deste tipo conservam-se fora de asilos; outros, porém, passam a existência ora livres, ora reclusos.

2º *Tipo catatônico*, em que predominam, como é natural, os sintomas catatônicos. Surge, via de regra, bruscamente. Em alguns casos, porém, o início pode ser crônico, por meio de certas particularidades catatônicas, tais como o maneirismo e o mutismo. Nos casos de evolução insidiosa, geralmente, o prognóstico é mau.

3º *Tipo hebefrônico*. Aqui encontram-se sintomas acessórios diversos, e de variada intensidade. Embora mantida a designação, Bleuler modificou o seu conceito. Descrevia-se a hebefrenia de Kahlbaum-Hecker como surgindo rapidamente na puberdade e evoluindo junto a sintomas afetivos, particularmente a distimia maníaca. Era caracterizada, por um lado, pela afetação, pela expressão patética, pela alteração da mimica pela tendência à excentricidade, e, por outro, pela prudência e mesmo pela preocupação com questões de grande transcendência. No conceito bleuleriano já não tem importância o início por ocasião da puberdade embora assim aconteça as mais das vezes.

A hebefrenia comprehende os casos que não se podem incluir nos outros grupos.

4º *Tipo esquizofrônico simples*, em que apenas se verificam os sintomas fundamentais. Aparece como uma alteração do psiquismo, que se agrava lentamente no sentido da esquizofrenia. Uma anamnese benfeita mostra a frequência com que este tipo pode passar despercebido, como esquizofrenia latente, durante muitos anos.

Como nenhum dos tipos tem de evoluir forçosamente para um estado terminal, comprehende-se que muitas esquizofrenias latentes não cheguem a tornar-se manifestas. Nos parentes próximos dos doentes declarados ou em indivíduos que procuram o médico por qualquer outro distúrbio psíquico, frequentemente, verifica-se esse fato.

Se Kraepelin, nas últimas edições de suas obras, ainda subdivide a demência precoce em numerosas formas clínicas, já alguns dos modernos autores alemães, Bumke⁹ e Gruhle¹⁰ entre outros, aproximam-se dos tipos propostos por Bleuler.

Diagnóstico

O reconhecimento dos casos mais comuns de esquizofrenia não apresenta dificuldade: o aspecto singular e a deficiente relação afetiva, a um olhar atento, denunciam a doença. A existência

⁹ O. Bumke, *Tratado de las enfermedades mentales*, Barcelona, 1926.

¹⁰ H. Gruhle, *La Psiquiatria*, Barcelona-B. Aires, 1925.

de sintomas acessórios, assim como o difícil acesso ao círculo de ideias que dominam o paciente também concorrem grandemente para o diagnóstico.

Bleuler distingue a esquizofrenia das outras doenças mentais tanto pelo lado sintomatológico, como pelo anatomo-patológico.

Nos estados agudos, não são raras diversas alterações das células ganglionares. Nos casos antigos, a par de pequena redução da massa cerebral, notam-se alterações das células da 2^a e 3^a camadas sobretudo, em que aparecem lesados as neurofibrilas e os cilindros-eixos. A glia também apresenta modificações: aumento das pequenas células, depósitos de pigmento e de outros produtos de desintegração, aumento das gliofibrilas, etc. A intensidade de tais alterações varia com a maior ou menor gravidade dos sintomas fundamentais.

Monakow e Kitabayashi¹¹ referem, nos casos prenunciados, alterações das células epiteliais das vilosidades dos plexos coroides, do epêndimo, do tecido subependimário e de certos elementos nevrógicos, o que, no conjunto, permite a suposição de um processo degenerativo crônico, atingindo os elementos ectodérmicos, e particularmente os que têm função secretória. O aparelho nervoso propriamente dito, isto é, o adstrito às funções sensitivo-motoras e associativas, acusa poucas alterações.

Pacheco e Silva¹², baseado em mais de uma dezena de autópsias de dementes precoces, confirmou os resultados de Laignel-Lavastine, Tretiakoff e Sorgoulesco, quanto à existência, no córtex cerebral e nos corpos estriados, de depósitos de gordura à roda das células alteradas, assim como de degeneração gordurosa das células endoteliais da maioria dos capilares do cérebro, cerebelo e andar mesocefálico.

Quanto à sintomatologia, Bleuler mostra a facilidade que há em delimitar a esquizofrenia pelo lado negativo.

Não se encontram na esquizofrenia perturbações elementares da percepção, da orientação, da memória e da coordenação motora.

A orientação pode alterar-se indiretamente, em consequência de alucinação, mas, não raro, até nos estados delirantes e crepusculares intensos, coexiste a orientação verdadeira ao lado da falsa. Enquanto que a orientação no tempo e no espaço pouco se modifica, a da situação pessoal, sobretudo nos doentes reclusos, pode apresentar deficiência ou falseamento, razão porque raramente chegam a compreender os motivos do seu internamento (creem-se injustamente tratados, percebem mal as relações com a família e com a sociedade, etc.). As ideias delirantes, sobretudo persecutórias, são muitas vezes responsáveis por esse falseamento da orientação.

A memória, como capacidade registradora do material de experiência, é geralmente boa, mas como capacidade de reprodução pode ter falhas: – interceptação do que está relacionado com os complexos, impossibilidade de dispor livremente do material de experiência, por motivo das circunstâncias do momento (obnubilação, por exemplo).

Não se verificam na esquizofrenia os sinais característicos das psicoses orgânicas (psicoses de decadência, paralisia geral, etc.), tais como a imprecisão e a lentidão da percepção, a diminuição

¹¹ Citados em E. Minkowski, *Sur le rattachement des lésions et des processus psychiques de la schizophrénie à des notions plus générales*, *Revue Française de Psychanalyse*. Juillet 1927.

¹² Pacheco e Silva, *Anatomia patológica da demência precoce*, Anais do 2º Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, Rio de Janeiro, 1922.

do número das associações simultâneas e sua determinação pelas circunstâncias do momento, a dificuldade de evocação, sobretudo das lembranças recentes, a labilidade do humor, etc.

Não se encontram na esquizofrenia os distúrbios de natureza epileptica, isto é, a lentidão, a hesitação e o estreitamento egocêntrico do pensamento, a dificuldade em destacar-se dos assuntos, a perseveração afetiva, a tendência a perder-se em minúcias inúteis, etc.

Além disso, na anamnese da epilepsia, os acessos convulsivos dominam ordinariamente o quadro, ao passo que na esquizofrenia, embora possíveis os ataques, prevalecem os distúrbios mentais. A catalepsia epileptica tem, em geral, pequena duração; a esquizofrênica pode conservar-se durante meses.

O mesmo se dá com caracteres principais das outras psicoses, com exceção apenas da loucura maníaco-depressiva e das neuroses, cujos sintomas também podem encontrar-se na esquizofrenia, acompanhados, então, dos seus sintomas específicos. Em certos casos, o diagnóstico não será possível senão depois de longa observação.

Na paranoia de Kraepelin não ocorrem os sintomas fundamentais esquizofrênicos, nem certos sintomas acessórios, como os catatônicos.

As ideias delirantes paranoicas, partidas de premissas falsas, são incorrigíveis, contrárias à lógica, mas consequentes. Nessas condições, o paranoico pode discutir o seu sistema delirante, o que não se dá com o paranoide. A abundância de distúrbios psicossensoriais é um elemento em prol da esquizofrenia. Finalmente, os paranoicos não perdem a ligação com o meio e conservam a atitude exterior dos sãos.

Patogenia

A esquizofrenia, segundo Bleuler, é uma doença fisiogena, isto é, de base orgânica, tendo, porém, um arcabouço psicógeno tão importante que a maior parte dos sintomas acessórios (alucinações, ideias delirantes, etc.), assim como o procedimento dos doentes, deriva de fatores e de mecanismos psicológicos. Assim acontecendo, há na esquizofrenia alguns sintomas que, como nas psicoses orgânicas, resultam diretamente de um processo orgânico, e outros que, como nas neuroses, provêm de distúrbios psicogênicos desenvolvidos sobre uma constituição particular.

A origem orgânica da doença é demonstrada tanto pelas lesões anatopatológicas, que não faltam nos casos pronunciados, como pelo lado clínico: muitos dos surtos agudos surgem sem um motivo psíquico aparente; a evolução crônica para a demência independe das situações psíquicas; a guerra de 1914-18, apesar de todos os abalos emotivos, não aumentou a frequência da esquizofrenia.

A natureza do processo orgânico, que serve de base à esquizofrenia, é ignorada: distúrbio primitivo de natureza química para uns, distúrbios ligados à insuficiência hepática para outros. A esta última suposição, prende-se o fato de que as alterações dos núcleos lenticulares podem explicar as modificações do tônus muscular na demência precoce (catatonia, catalepsia), da mesma forma que na doença de Wilson, no Parkinson, na distonia lenticular, etc. Como na doença de Wilson e na distonia também ocorrem lesões hepáticas, surgiu a hipótese de que uma toxina hepática, ainda desconhecida, teria uma ação eletiva sobre o núcleo lenticular.

A gênese toxituberculosa da esquizofrenia também não passa de simples cogitação especulativa. Não se contesta que a tuberculose seja mais frequente nos esquizofrênicos que nos

outros insanos, mas isso não basta para que se possa estabelecer uma relação causal entre os dois processos, pois muitos dos doentes são de constituição astênica, terreno sobre o qual também a tuberculose se desenvolve com acentuada predileção.

Atribuíram-se ainda os fenômenos tóxicos a distúrbios endócrinos, sobretudo relativos às glândulas genitais e tireoides. Pretendeu-se mesmo demonstrar pela reação de Abderhalden a destruição dessas glândulas, a par da desorganização do cérebro e das cápsulas suprarrenais.

As investigações histopatológicas, entretanto, afirma Klarfeld¹³, fracassaram na demonstração das lesões glandulares e as alterações verificadas (testículos, hipófise e suprarrenais) nada têm com a demência precoce, pois dependem do estado terminal, da caquexia ou de uma tuberculose intercorrente.

Para alguns psicanalistas, como Jung, as lesões verificadas na esquizofrenia são o resultado das toxinas originadas consequentemente às emoções. Para Shott, tais lesões não passariam de atrofias devidas à inatividade.

Em resumo, a hipótese de Bleuler é a seguinte: lesões cerebrais ou processos tóxicos causam os sintomas fundamentais de esquizofrenia, e destes derivam os sintomas acessórios.

As perturbações da lógica, aí incluídas as ideias delirantes, explicam-se, continua o mestre de Zurique, pelo relaxamento das associações habituais, enquanto que boa parte das alucinações, sobretudo da sensibilidade geral, da mesma forma que as do delírio alcoólico, pode derivar de excitações nervosas falsamente interpretadas, isto é, de parestesias, que, em consequência do distúrbio associativo, são projetadas no exterior e objetivadas. Alucinações assim formadas, e das quais o doente tomou conhecimento e guardou a lembrança, podem ser evocadas mais tarde, psiquicamente, a fim de servir ao arranjo dos delírios.

Caráter análogo têm muitas das alucinações visuais, ao passo que as auditivas, sobretudo as “vozes”, se ligam a mecanismos psicógenos.

Muitos dos estados de excitação, dos estados crepusculares, das *bouffées* delirantes, das síndromes de caráter histérico, neurastênico ou hipocondríaco, não passam de reações psicógenas sobre os sintomas fundamentais esquizofrênicos, diante de embaraços passageiros.

Os sintomas catatônicos parecem depender de uma disposição orgânica particular, suscetível, entretanto, a influências psíquicas.

Finalmente, tem papel importante na esquizofrenia a disposição hereditária. Nos antecedentes hereditários dos seus portadores, os casos de psicose, e sobretudo de esquizofrenia, são mais frequentes que nos indivíduos sãos.

Nas famílias dos doentes, encontra-se comumente o caráter esquizoide (confusão, desconfiança, incapacidade de discutir, irritabilidade e obtusão emotiva simultâneas).

No doente, antes dos sintomas aparentes, encontram-se também as mesmas particularidades de caráter, que, por sua vez, são idênticas às que ficam, como *resíduo* depois de um episódio agudo. A esquizofrenia não seria senão um exagero dessas particularidades, a cujo conjunto, Bleuler chamou *esquizoidia*.

Quando estas particularidades apenas excedem os limites normais, mas não parecem constituir um processo em evolução, tem-se a *esquizopatia* e a *esquizofrenia*, quando o processo evolutivo não suscita dúvidas.

¹³ B. Klarfeld, La anatomia patologica de las psicosis, in *Tratado de las enfermedades mentales* de O. Bumke, Barcelona.

Kretschmer¹⁴ tomando em conta dados recentes sobre a esquizofrenia e a psicose maníaco-depressiva, admite, nos indivíduos normais, um tipo ciclotímico, segundo a maneira por que reagem: toda a personalidade intervém em uma dada situação afetiva que é a adequada ao momento; a associação de ideias obedece a objetivos lógicos, reforçando-se no estado emotivo tudo que se relaciona com os mesmos, e inibindo-se tudo que os contraria. Se o humor é uniforme durante toda a existência, dentro de limites médios, tem-se o indivíduo normal; se, ao contrário, apresenta desvio permanente no sentido da euforia ou da depressão, o indivíduo acusará uma distimia crônica; finalmente, se o desvio de humor é instável e muito pronunciado, já se tem em vista o maníaco-depressivo. As pesquisas relativas às famílias de tais indivíduos provam o parentesco dessas manifestações da mesma natureza. Todas fazem parte da *sintonia*, propriedade geral que se transmite de modo similar. A psicose maníaco-depressiva, as distimias crônicas e a cicloidia aparecem como exageros ou desvios do tipo de reação sintomática normal.

Se a relação entre o tipo sintomático normal e as suas variações mórbidas é de aquisição recente, o mesmo não se dá com as particularidades *esquizoides* dos saos – falta de unidade afetiva, existência simultânea de tendências às vezes contraditórias, certo desvio da associação de ideias quanto aos seus objetivos ordinários – cujo conhecimento data de algum tempo.

As particularidades esquizoides também se distinguem, qualitativa e quantitativamente, em diversos subgrupos, que se transmitem de modo similar, como variações do mesmo tipo fundamental: sonhadores, sectários, reformadores, irritáveis, anestésicos, confusos e, quando muito exagerados ou desviados do tipo de reação esquizoide, esquizofrênicos.

Apesar de considerar a psicose maníaco-depressiva como “funcional” e a esquizofrenia, pelo menos nos casos graves, como “orgânica”, as variações esquizoides do normal sendo alguma coisa mais que um simples desvio, Bleuler mantém o paralelo entre *sintonia-psicose maníaco-depressiva e esquizoidia-esquizofrenia*.

Se se admite que a esquizofrenia é um exagero da esquizoidia, não se precisa recorrer, para explicar o seu aparecimento, a elementos novos e autônomos, como, p. ex., o fator hereditário, que se junta à esquizoidia para determinar a esquizofrenia.

Corroborando a suposição de Bleuler, verifica-se que os sinais displásicos são mais frequentes nos esquizofrênicos que nos maníaco-depressivos ou nos normais, e, por sua vez que os esquizofrênicos graves têm mais displasias que os leves. Chega-se assim a admitir que uma enfermidade constitucional predispõe à esquizofrenia, o que explica, até certo ponto, a frequência da sua associação com a epilepsia, cujas relações com a displasia são também das mais íntimas. Surge, porém, uma objeção: a esquizofrenia fere indistintamente indivíduos inteligentes e débeis, embora os últimos sejam mais displásicos que os primeiros.

Extensão do conceito de esquizofrenia

A esquizofrenia comprehende a maior parte dos casos tidos como psicoses funcionais. O seu conceito muito mais amplo do que o da demência precoce de Kraepelin, abrange, além desta entidade nosológica, outros estados clínicos, tais como:

¹⁴ E. Kretschmer, *Körperbau und Charakter*, V und VI Auflage, Berlim, 1926.

a) Muitas das formas não puras de mania e de melancolia de outras escolas (estuporosas, catatonoides, confusas, alucinatórias, delirantes, etc.).

b) As psicoses da motilidade de Wernicke e as demências primárias ou secundárias sem designação especial.

c) A maior parte das chamadas confusões mentais alucinatórias, da *amentia* de certos autores, além de parte dos casos atribuídos ao *delirium acutum*.

Bleuler, baseado no estudo de quatro mil admissões, demonstrou a pequena importância até dos estados agudos alucinatórios e confusionais que podem surgir no decurso das doenças febris ou da insuficiência renal, fazendo supor uma intoxicação. Esses estados psíquicos apagam-se no quadro mórbido geral e não têm caracteres específicos. A “confusão” reduz-se muitas vezes aos sintomas esquizofrênicos.

d) A maior parte das psicoses histéricas e das hipocondrias incuráveis, assim como dos estados “nervosos”, psicastênicos e impulsivos.

Tarefa é, às vezes, das mais difíceis o diagnóstico diferencial entre a esquizofrenia e as neuroses. Todos os sintomas neuróticos (histéricos, neurastênicos e obsessivos) podem ocorrer na esquizofrenia, que, nestas circunstâncias, não raro, passa despercebida. Quando há sintomas esquizofrênicos, ao lado dos neuróticos, o diagnóstico não oferece dificuldade.

Quando, porém, tais sintomas não se patenteiam, deve-se recordar que, nas neuroses, as interceptações obedecem a uma base emotiva comprehensível; a indiferença histérica, pela sua gênese, é suscetível a certas influências, o que não se dá com a esquizofrênica; a rigidez de determinado sentimento, em geral, não pertence à histeria. Com os neuróticos é sempre possível estabelecer uma relação afetiva; com os esquizofrênicos, muito difícil, se não impossível. Além disso, a dissociação histérica difere da esquizofrênica, porque, nesta, ao lado da excisão afetiva, ocorre uma perturbação elementar do pensamento, independente dos sentimentos e responsável pela alteração dos conceitos, que não se verifica na histeria. As excisões são mais irregulares e, por isso, em certas ocasiões, causam contradições mais chocantes. A psique esquizofrênica é, em suma, mais dissociada que a histérica.

e) A maior parte das paranoias de diversas escolas.

f) Muitas das psicoses de reclusão e muitos dos estados crepusculares de Ganser, que não passam de sintomas agudos desenvolvidos sobre uma esquizofrenia crônica.

g) Grande parte das psicoses da puberdade, das formas juvenis e masturbatórias tidas como especiais.

h) Grande parte das psicoses degenerativas de Magnan.

A este respeito é interessante as tendências psiquiátricas modernas. Haja vista o que se passa com as *bouffées* delirantes.

A escola francesa, por muito tempo, não admitiu o desenvolvimento das *bouffées* delirantes senão sobre o terreno paranoico, a despeito da influência exercida por Magnan, que separava, nitidamente, da paranoia, as *bouffées* delirantes polimorfas, quase sempre episódicas, para ligá-las a uma base de degeneração mental. Depois, a teoria das diáteses suplantou inteiramente a da degeneração: a diátese, para alguns, seria como uma modalidade congênita do psiquismo, e para outros, entre os quais H. Claude, M. Fleury, Bouyer, se ligaria a certos temperamentos. Finalmente,

outra corrente psiquiátrica (Santenoise, Codet, Targowla, Picard e Clerc) procura ampliar os quadros clínicos, não considerando as doenças mentais como fixas e imutáveis.

Certas *bouffées* delirantes polimorfas suscetíveis de alternar, em alguns doentes, com paroxismos maníaco-depressivos, são, nestas condições, aproximadas das psicoses emotivas.¹⁵

Entre nós, o *delírio episódico dos degenerados*, descrito pelo Prof. H. Rôxo¹⁶, corresponde mais ou menos à *bouffée* delirante de Magnan: surge abruptamente em degenerados e logo atinge ao seu máximo, sendo consequente em geral a uma causa emotiva. O abalo moral, em tais indivíduos, desvia-lhes a atenção, excita-lhes o cérebro, e, assim, provoca o aparecimento de alucinações, sobretudo da vista e do ouvido. Não havendo comprometimento do nível intelectual, as alucinações constituem o tema delirante, lógico e plausível. Com a difusão do espiritismo, a frequência do delírio episódico tem aumentado, consequentemente às suas práticas.

Ao lado desse delírio, o Prof. H. Rôxo descreve ainda uma *síndrome paranoide em degenerados*, em que não há alucinações, mas um encadeamento delirante de feitio interpretativo, reinvindicador ou imaginativo.

No delírio episódico, inclui o Prof. Rôxo casos que não cabem nem na psicose maníaco-depressiva, nem na demência precoce ou na paranoia.

Na Alemanha, Birnbaum¹⁷ chamou de *formações delirantes dos degenerados* uma variedade de delírio dos psicopatas, cujas ideias de grandeza e de perseguição, não profundamente fixadas, se apresentam lábeis, superficiais, influenciáveis e oscilantes quanto ao seu valor real, que depende diretamente das condições exteriores de existência. Os doentes, cuja psicose aparece com a reclusão e melhora ou cura com a liberdade, exteriorizam nestas formações (*bouffées* dos franceses) complexos agradáveis e recalcam os desagradáveis. Podem também apresentar ideias persecutórias, cuja origem exógena é evidente.

Para Kraepelin¹⁸ muitos destes estados delirantes se incluem nos “distúrbios psicógenos”, subgrupo das psicoses induzidas. Descreve-os como delírios discretos e bem sistematizados, de feitio paranoide e querelante, acompanhados de falsificação das percepções e das recordações. Os seus portadores, em geral, indivíduos fracos do juízo e da vontade, são muito suscetíveis às influências de certos meios. Afastadas, entretanto, das pessoas indutoras, as induzidas rapidamente se tranquilizam, ao mesmo tempo que desaparecem as representações delirantes e a tendência à atividade. Provavelmente, muitas das epidemias psíquicas da Idade Média não se poderiam afastar desses distúrbios. Por fim ainda diz Kraepelin: “*Die Beschäftigung mit dem Spiritismus führt ofters zu Wahnbildungen und Erregungszuständen, die sich den induzierten Geistesstörungen anschliessen*”.

Os delírios de interpretação de base afetiva, *Der sensitive Beziehungswahn*, descritos por Kretschmer¹⁹, abrangem evidentemente muitos destes estados delirantes. Impreciso e confuso nas relações com o ambiente, acompanhado de inquietação difusa, de interpretações múltiplas, não raro contraditórias, a par de nenhuma tendência agressiva, o *Beziehungswahn* apresenta na

¹⁵ Nathan et Gallot, *Les bouffées delirantes motivées*, *L'Encephale*, Avril, 1928. ¹⁶ Henrique Rôxo, *Manual de Psichiatria*, Rio, 1921.

¹⁷ O. Bumke, *Tratado de las enfermedades mentales*, Barcelona.

¹⁸ E. Kraepelin, *Einführung in die Psychiatrische Klinik*, IV Auflage, Leipzig, 1921.

¹⁹ H. Claude et P. Schiff, *Le délire d'interpretation a base affective de Kretschmer*. *L'Encephale*, Mars 1928.

fase mais aguda fenômenos para-alucinatórios, nos quais a noção que o doente tem da realidade das representações delirantes pode oscilar até a ilusão sensorial.

Na passagem do período de ruminação para o de interpretação delirante, aparece muitas vezes um sentimento de estranheza do mundo exterior ou de domínio por outrem, que podem determinar o mais completo automatismo, com eco do pensamento, voo do pensamento, vozes relativas às preocupações do indivíduo e que influem imperativamente no seu comportamento, não raro de encontro à sua vontade, mas quase sempre no sentido das suas tendências confessas.

Finalmente, Bleuler demonstrou a dificuldade, se não impossibilidade, de separar a maior parte das psicoses degenerativas da esquizofrenia. O que se aponta como característico do conceito da degeneração, também se encontra na esquizofrenia. Por sua vez, os sintomas esquizofrênicos específicos se verificam frequentemente nos chamados degenerados, e são tidos como estigmas degenerativos. Apenas quando aparecem sintomas acessórios o diagnóstico não suscitará dúvidas, o que significa que um clínico inadvertido poderá tomar, durante muito tempo, por degeneração mental, casos de esquizofrenia simples e esquizofrenia latente.

Nas *bouffées* delirantes, a presença de caracteres esquizofrênicos confirma o diagnóstico de esquizofrenia, mas sua ausência não o exclui porque tais caracteres podem aparecer em qualquer fase evolutiva do mal.

Analizando detidamente o conceito da degeneração mental, Breuler provou que aí se reúnem fatos diversos e pouco precisos. Pôde classificá-los em quatro características, duas familiares e duas individuais:

1^a No sentido em que Morel empregou o termo, degeneração significa uma insuficiência psíquica de geração à geração, até a extinção da família na quarta geração, atingidos todos os seus membros por doenças mentais. Na realidade, não se verifica a regularidade estabelecida por Morel; depois, nada se sabe ao certo a respeito dos processos degenerativos e regenerativos; e, por fim, contra a degeneração de Morel falam certos conhecimentos devidos ao mendelismo.

2^a Há muito, se consideram “degenerados” – sem atender ao caráter progressivo das suas disposições, as famílias que possuem muitos doentes mentais e, principalmente, cujos membros sãos apresentam particularidades evidentes.

3^a De acordo com as noções acima referidas, procurando-se a delimitação do conceito, se consideram “degenerativas” as particularidades constitucionais individuais. No entanto, os maiores desvios da normalidade – a idiotia moral genuína, a pseudologia, as excentricidades do caráter e da inteligência – são assim denominados enquanto não se podem incluir no quadro de uma doença mental. Nestas circunstâncias, todas as famílias com taras e todos os seus membros anormais são degenerados.

A associação dos fatos desta categoria com os de segunda forma o conceito de degeneração de Magnan.

4^a Admite-se: a) psicoses degenerativas em que as particularidades 2^a e 3^a categorias existem e se desenvolvem sobre uma constituição anormal ou tida como tal (paranoia, “formas periódicas”), ou em que as variações acentuadas do caráter, inseparáveis do “quadro mórbido”, aparecem como causas ou sintomas (histeria degenerativa); b) psicoses que tendem a degenerar progressivamente, terminando por uma diminuição da psique (esquizofrenia).

Depois do descrédito do conceito de Magnan, já não há motivos para a conservação de noção tão equívoca. Por isso, propõe Bleuler, chamar de *psicopáticas* as famílias em que há muitos membros anormais, e bem assim os indivíduos anormais (3^a). As famílias com disposição para certas doenças mentais (2^a) ou os indivíduos com caracteres pouco pronunciados no sentido de uma psicose serão denominados em concordância com esta: famílias ou personalidades esquizoides, cicloides, epileptoides, etc.

Nestas condições, conclui Bleuler, os autores que ainda descrevem psicoses degenerativas restringem e, não raro, alteram o conceito de demência precoce.

O conceito da esquizofrenia ainda mais avulta, quando se considera que a esquizofrenia latente é muito mais comum que a esquizofrenia manifesta, isto é, a apresentada pelos doentes internados. Naturalmente, como em qualquer outra doença, a tuberculose pulmonar ou a oligofrenia, p. ex., o diagnóstico das formas leves, no caso e da esquizofrenia latente, pode envolver as maiores dificuldades. A esquizofrenia latente é o “mal” atenuado muitas vezes estacionário ou sem manifestações evolutivas francas. A dificuldade do diagnóstico cresce ainda ao recordar que o caráter inato do indivíduo, muito antes do suposto início do quadro manifesto, traz, como que em germe, os mesmos traços próprios dos sintomas esquizofrênicos. Não é possível, portanto, excluir, sem maiores exames, uma esquizofrenia, como também não se exclui, sem as mais cuidadosas pesquisas, uma tuberculose latente. Às vezes, por mero acaso, descobrem-se ideias delirantes ou alucinações em indivíduos bem adaptados à vida cotidiana e tidos pelos seus como bons. São casos de esquizofrenia latente, cujo diagnóstico também se justifica quando, no passado de um psicopata, em dada ocasião, ocorre uma modificação brusca da personalidade, e principalmente do caráter, no sentido da esquizofrenia. A anamnese dos casos manifestos dá a melhor demonstração da noção da esquizofrenia latente. Dos sintomas esquizofrênicos específicos aos fenômenos psíquicos normais há uma série de transições, que tornam compreensível a insinuação dos sinais esquizofrênicos não somente nas psicopatias, mas também nos diversos caracteres, normais e anormais.

A esquizofrenia latente é, hoje, uma noção geralmente aceita. O próprio Kraepelin²⁰ a admite: “*Manche leichtere Krankheitszeichen, die wir bei Benrungeiner Dementia precox zurück bleiben sehen, beobachten wir als persönliche Eigentümlichkeiten schon lange von Ausbruch der Krankheit, ferner bei Angehörigen von Kranken und auch bei anderen Personen, die niemals schwerere Störungen darbieten ('latente Schizophrenie')... Wo dieser 'schizophrene' Züge trägt, wird die Annahme innerer Beziehungen zwischen ihm und der späteren, nur wie eine Steigerung erscheinenden Erkrankung naheliegen*”.

Os casos de esquizofrenia latente recebem geralmente o diagnóstico de psicopatia, degeneração mental ou de síndromes de reação.²¹

Numerosos são também os casos de esquizofrenia latente que recebem o diagnóstico de alcoolismo agudo ou crônico, sobretudo quando sob suas formas paranoídes. Em geral, no esquizofrônico alcoolista apenas se vê o efeito da bebida, e não se procura o núcleo mórbido. Chamam a atenção, no alcoolista verdadeiro, o humor quente, a euforia, a movimentação fácil, a

²⁰ E. Kraepelin, Op. cit.

²¹ Sobre os novos aspectos médico-legais da esquizofrenia, resultantes sobretudo da ação da esquizofrenia latente, o Dr. H. Carrilho apresentou uma comunicação a este congresso.

loquacidade, a recordação imperfeita do “já vivido” e do “já sabido”, sintomas que fazem falta na esquizofrenia. Por outro lado, no esquizofrônico alcoolista, desenvolvem-se os sintomas do alcoolismo sobre a base esquizofrônica, associando-se assim os dois quadros clínicos. Internado, regridem pouco a pouco os sintomas alcoólicos e persistem os esquizofrênicos. O alcoolista “fechado”, que se isola, que não discute, que não reclama constantemente, é um esquizofrônico se outros dados já não tiverem evidenciado o diagnóstico.

A distinção das duas entidades é tão simples que causa estranheza a frequência com que, nos manicômios, numerosos casos de esquizofrenia passam como de alcoolismo. Muitas alucinações auditivas, no *delirium tremens* verdadeiro, fazem pensar numa associação com a esquizofrenia, o mesmo sucedendo quando as numerosas alucinações cenestésicas e estereotipias.

O chamado delírio alcoólico origina-se quase sempre sobre a base esquizofrônica, razão por que apresenta tantos caracteres esquizofrênicos.

A latência desses caracteres é um índice de bom prognóstico. O alcoolismo, em tais casos, apenas desperta a esquizofrenia.

O enfraquecimento mental alucinatório dos alcoólatras e as diversas formas de Kersakow fazem supor um processo de atrofia cerebral num terreno esquizofrênico.

O Prof. Lopes Rodrigues²², autor do primeiro trabalho brasileiro sobre as esquizofrenias, chamou de *paraesquizofrenia infectuosa*, para inseparável da noção de esquizofrenia latente.

A separação das parafrenias da demência precoce paranoide, como Kraepelin fez nas últimas edições das suas obras, foi impugnada por Bleuler: 1º porque os atuais recursos de diagnósticos não permitem distingui-las das formas leves de esquizofrenia, em que, desde o começo e durante toda a evolução, certos atributos são bem conservados; 2º porque Mayer demonstrou que dois terços dos casos, em que Kraepelin se baseou para a descrição das parafrenias, se tornaram francamente esquizofrênicos cerca de nove anos depois da criação desse conceito, numa proporção, portanto, próxima da verificada para os casos de início por meio de sintomas agudos hebefreno-catatônicos.

Quanto ao delírio sistematizado alucinatório crônico, descrito pelo Prof. H. Rôxo²³, não seria justificável uma revisão dos casos observados nos moldes da que foi realizada por H. Mayre em relação às parafrenias?

As diferenças verificadas nos quadros clínicos não podem justificar, como pretende, entre outros, H. Claude²⁴, a separação das formas brandas das formas graves da esquizofrenia. Esse psiquiatra francês reserva a designação de *demência precoce* para o tipo clínico descrito desde Morel até Kraepelin, e separa-o das esquizofrenias de Bleuler em que “até nos estados adiantados, todas as funções elementares estão em potência completamente intacta”. Na demência precoce haveria um enfraquecimento intelectual global, ao passo que nas esquizofrenias apenas uma dissociação das faculdades psíquicas. Na fase pré-esquizofrônica, H. Claude também admite o caráter *esquizoide*, em que o indivíduo pode permanecer, acusando apenas leves distúrbios afetivos, ou, também, em consequência de um estado toxi-infeccioso, ou sem motivo aparente,

²² H. Lopes Rodrigues, *Em torno do conceito das esquizofrenias*, Rio de Janeiro, 1926.

²³ H. Rôxo, *Délire systematisé hallucinatoire chronique*. XVIIth Int. Congress of Medicine. London, 1913.

²⁴ H. Claude, *Demence precoce et schizophrénie*. XXXe Congrès des Alienistes et Neurologistes. Genève, Août 1926.

desadaptar-se do ambiente de modo demorado ou por períodos, constituindo a *esquizomania*, em que as concepções autísticas, já irredutíveis, obedecem, no entanto, às solicitações da personalidade verdadeira. Os complexos afetivos agem; a inércia e a indiferença são apenas aparentes. A transição para a *esquizofrenia verdadeira* pode prescindir da fase esquizomaníaca e efetuar-se logo que as tendências mais elementares da personalidade, recaladas, em pleno arcaísmo, livres do controle da vontade, encontram plena realização e se tornam para o paciente o mesmo que o sonho durante o sono. Não somente o indivíduo perderá o contato com a realidade, mas também o interesse pela própria existência. Na esquizoidia e na esquizomania, o sentimento da realidade não falta inteiramente, não existe apenas para o que se opõe à satisfação dos complexos individuais; na esquizofrenia, falta completamente.

Nos próprios trabalhos de Bleuler, encontra-se minuciosa refutação a ideias como as de H. Claude. As variações do quadro clínico não podem justificar o desmembramento das esquizofrenias, porque não passam de exteriorização do mesmo processo fundamental. O que é hoje um estado catatônico, paranoide ou demencial, poderá ter sido ontem, ou vir a ser amanhã, qualquer outra síndrome esquizofrênica. Não há dúvida de que a maior parte dos estados terminais não regide novamente, nem muda de aparência, e que, por outro lado, às vezes, pela forma inicial pode-se prever o estado terminal a que deverá evoluir. Mas, não é menos verdade que, na generalidade dos casos, pelo estado inicial não se podem prever os quadros clínicos possíveis no decurso de cada um, nem tampouco quais serão seus estados terminais. As manifestações do começo podem evoluir para qualquer dos estados terminais. Quando se compara, por exemplo, uma esquizofrenia paranoide, que evolui imperceptivelmente durante muitos anos, com uma catatonía aguda, que surge repentinamente e repentinamente desaparece no fim de alguns meses, à primeira vista, parecem nada ter de comum, mas a um exame atento, verificar-se-á que também a última acusa evolução insidiosa durante muitos anos, com pequenas exacerbações agudas de tempos a tempos; que, depois de cada frase evolutiva, pode haver estacionamento ou regressão; e, finalmente, que os estados de evolução crônica se instalaram antes e depois de cada surto agudo. Até nos casos, aparentemente de evolução mais lenta e regular, não afasta a possibilidade de um surto agudo.

A intensidade e a gravidade da esquizofrenia são muito variáveis, mas, entre as formas mais leves e as mais graves, há inúmeras intermediárias, o que torna impossível qualquer separação prévia das mesmas. Depois, cada sintoma pode oscilar entre limites extremos, independentemente de outros sintomas, no mesmo doente ou de doente para doente. Torna-se assim impossível estabelecer uma intensidade máxima que não poderá ser ultrapassada. É o que acontece com a síndrome demencial que, quanto à natureza, será sempre especificamente esquizofrênica, e, quanto à intensidade, poderá variar de um simples enfraquecimento intelectual, apenas perceptível, aos mais altos graus de estupidez. Qualquer forma de esquizofrenia poderá, além disso, evoluir para um estado demencial por um simples aumento da intensidade dos seus sintomas. A demência manifesta, esquizofrênica, será então caracterizada pelo grande número de associações falsas, insólitas, pela alteração ou desaparecimento do interesse pelo mundo exterior e pelo como que bloqueio da vida afetiva. Quando, ao contrário, as associações anormais são raras e a vida afetiva ainda se manifesta adequadamente, a demência, pouco acentuada, não desperta a atenção e até prefere-se não chamá-la de demência. Nos dois casos não há, entretanto,

senão uma diferença de grau, as perturbações são da mesma natureza, apenas no primeiro atingem grande intensidade e estendem-se a todas as reações do doente e, no segundo, menos intensas e mais frequentes, ainda deixam margem às manifestações normais. Os materiais de elaboração do pensamento, tanto em um como em outro caso, permanecem conceito.

Kraepelin e seus continuadores, entre os quais, no nosso meio, o Prof. Juliano Moreira, não cogitam da divisão do conceito esquizofrênico, conforme a gravidade ou não gravidade de certos dos seus aspectos clínicos.

Por último, a frequência da associação da esquizofrenia com outras psicoses ainda concorre para a maior extensão do seu conceito.

A associação da esquizofrenia com as psicoses orgânicas revela-se de modo claro: – encontram-se os sintomas esquizofrênicos ao lado de uma demência senil, por exemplo, J. Pernet²⁵, observando paralíticos gerais depois da malarioterapia, verificou em alguns, a par do retrocesso dos sintomas paralíticos, a persistência de distúrbios semelhantes aos esquizofrênicos. Tais doentes apresentavam a constituição esquizoide.

A forma esquizofrênica da sífilis cerebral, descrita pelo Prof. Ulysses Vianna²⁶, não será também um fato do mesmo gênero?

A existência de um indivíduo de fatores constitucionais esquizoides e cicloides pode dar lugar a três eventualidades:

- a) Aparecimento de acessos maníaco-depressivos com colorido esquizoide, nos quais, não ocorrendo um processo esquizofrênico, também não ocorrerá uma síndrome demencial.
- b) Aparecimento de sintomas maníaco-depressivos em uma esquizofrenia.
- c) Aparecimento simultâneo das duas doenças, seja porque uma desperte a outra, seja porque se manifestam independentemente. Nesta eventualidade, os acessos maníaco-depressivos e os surtos esquizofrênicos se sucedem, podendo ocorrer por agravação progressiva dos últimos a demência esquizofrênica. A associação dos dois quadros mórbidos é, às vezes, tão íntima que pode transferir-se de geração a geração como uma entidade hereditária, como demonstram as pesquisas genealógicas de Mme. Minkowska. O prognóstico em tais casos dependerá da intensidade do processo esquizofrênico: se predominantes os fatores cicloides, que se opõem ao autismo, haverá um melhor contato afetivo com o ambiente, ao mesmo tempo que são facilitadas as tendências à exteriorização. As catafrenias do Prof. A. Austregesilo²⁷, do ponto de vista clínico, sintetizam as dificuldades do diagnóstico diferencial entre a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce. O seu conceito repousa: 1º, na noção da incurabilidade da demência precoce; 2º, na frequência dos casos de demência precoce, cujo diagnóstico fica impreciso. As catafrenias designam nestas circunstâncias “*um grupo de afecções mórbidas que se assemelham ao tipo demencial, mas que melhoram e podem curar*”. É uma síndrome que pode servir de prólogo à demência precoce, à confusão mental e aos casos obscuros de psicose maníaco-depressiva. Aí são incluídos: 1º, os episódios delirantes dos degenerados, não semelhantes aos acessos de

²⁵ Cit. por E. Minkowski, *La Schizophrénie*, Paris, 1927.

²⁶ Cit. in H. Rôxo, *Manual de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 1921.

²⁷ A. Austregesilo, Cetafrenias, Patologia Geral, 1918, e Arquivos da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, t.2, 1926.

mania e melancolia, e mais próximos da confusão mental; 2º, as formas ditas confusas, estuporosas e catatonoides da psicose maníaco-depressiva; 3º, a maioria dos quadros de confusão mental crônica de Régis; 4º, os tipos separados por H. Claude da esquizofrenia de Bleuler; 5º, as formas de *dementia mitis* que seguem as constituições esquizoides de Kretschmer e de H. Claude; 6º, as formas de pseudodemência precoce da sífilis cerebral, descrita por Ulysses Vianna.

Examinada a questão, segundo a doutrina bleuleriana, deve-se acentuar que os casos de “cura” da demência precoce não são tão raros que permitam estabelecer como princípio a sua incurabilidade. Aliás, o próprio Kraepelin, desde a criação de seu conceito, referia “curas” na proporção de 8% para os hebefrênicos e de 13% para os catatônicos. Além disso, quando se fala de “curas”, principalmente no sentido bleuleriano, referem-se estas antes a “curas sociais”, isto é, ao regresso à vida social e as ocupações habituais, que propriamente a “curas clínicas” ou transformação das características constitucionais dos pacientes. Raros, muito raros, serão os casos, cuja “cura”, a um exame detido, não deixem perceber ainda resíduos de natureza esquizofrêntica (certo grau de excitabilidade, separação insuficiente das ideias delirantes, excentricidades, etc.). As “curas sociais”, ao contrário, são muito frequentes: – as estatísticas de certos asilos suíços provam que apenas um terço dos doentes acusa forte dissociação, e que a metade dos restantes conserva a capacidade de trabalho, estando em condições, portanto, de uma readaptação mais ou menos rápida ao ambiente.

As dificuldades, comumente verificadas na clínica, de um diagnóstico diferencial, sobretudo, entre a demência precoce e a psicose maníaco-depressiva, outro fundamento das catafrenias, parecem resultar da frequência com que estas psicoses se apresentam associadas. Em todo indivíduo, admite Bleuler, há um componente sintônico e outro esquizoide. Por um exame minucioso, é possível verificar a intensidade de cada um deles, a direção do predominante, as relações que mantêm entre si, e as suas características hereditárias, quando observados outros membros da mesma família.

No mesmo indivíduo, as duas formas de reações podem apresentar-se exageradas morbidamente, ou apenas uma delas (loucura maníaco-depressiva e esquizofrenia puras). Muito frequentes são as formas de transição: tipos maníaco-depressivos predominantes com sintomas esquizofrênicos acessórios, ou o contrário. Esses casos nunca passaram despercebidos aos clínicos, que, no entanto, sentiam grande dificuldade em diagnosticá-los. Em tais formas de transição, não há, pois, motivo para a pergunta – “maníaco-depressivo ou esquizofrêntico?”, mas, sim, para a – “até que grau maníaco-depressivo ou esquizofrêntico?”, o que, aliás, também interessa à questão do prognóstico: – tendência para a cura, quando os sinais maníaco-depressivos predominam, e, para o estado demencial, quando os esquizofrênicos

Esta noção bleuleriana estende-se, aliás, a outras psicoses: – intoxicações exógenas (alcoolismo, infecções) e endógenas (uremia), psicoses orgânicas, as quais apresentam tanto maior número de sintomas esquizofrênicos ou maníaco-depressivos, quanto mais pronunciada a esquizoidia ou a cicloidia dos pacientes. É claro que à combinação possível desses sintomas ainda se adicionam os daquelas psicoses. Explica-se, assim, com simplicidade, o que se observa em muitos doentes e, também, em muitos sãos. Como comprovação há, ainda, a circunstância de que tais tipos guardam uma certa relação com determinadas estruturas corporais (Kretschmer).

A associação da esquizofrenia com a epilepsia dá margem a eventualidades análogas às que ocorrem com a psicose maníaco-depressiva.

O fator epilético atenua notavelmente o esquizofrênico, pelo caráter viscoso das suas reações afetivas.

A associação da esquizofrenia com a oligofrenia não determina particularidades notáveis.

O estudo das psicoses associadas vem, de certo modo, concorrer para o diagnóstico de muitos estados psicóticos rotulados até então de *atípicos* (Mme. Minkowska). Entre nós, Pernambuco Filho²⁸, antes dos estudos constitucionais, focalizou a importância das psicoses associadas, sobretudo do ponto de vista clínico.

Tratamento

As ilações terapêuticas, que resultam da doutrina bleuleriana, têm grande alcance prático.

A substituição da noção de demência, equivalente a de perda irreparável das faculdades psíquicas, pela de esquizofrenia, ou desvio dessas faculdades, consequente à perda do contato com o ambiente, tornou admissível a possibilidade do restabelecimento desse contato, isto é, da cura dos esquizofrênicos.

O simples fato da admissão de uma possível cura modifica, notavelmente, a atitude do médico e dos enfermeiros, assim como a das famílias, o que contribui para diminuir a impressão que os doentes têm de hostilidade do meio, do qual procuram cada vez mais se afastar. A noção de incurabilidade, depois de algumas tentativas infrutíferas, redundava quase sempre no abandono do doente, isto é, no desenvolvimento progressivo do seu autismo.

A noção da esquizofrenia, como disse Mikowski²⁹, marcou uma etapa em psiquiatria.

Não se conhece medicação que determine a cura da esquizofrenia, ou o seu estacionamento. Todos os recursos medicamentosos experimentados – opoterapia, iodo, arsênico, etc. – não deram resultado. Da mesma forma, a transfusão de sangue e os regimes dietéticos.

A verificação de que, às vezes, depois de uma doença febril, ocorrem remissões, deu lugar à provocação artificial da febre pelos mais diversos agentes: nucleinato, terebintina, vacinas, tuberculina, inoculação da erisipela e do impaludismo, etc. E, assim, muitos outros tratamentos têm sido ensaiados.

A terapêutica indicada na esquizofrenia é a psíquica, que se acha ainda, infelizmente, em primórdios. Com exceção das doenças psicogênicas simples, é, entretanto, segundo Bleuler, a doença cujo tratamento se mostra mais frutífero.

A sintomatologia dos esquizofrênicos é dominada pelos complexos. No conteúdo das alucinações e das ideias delirantes, fora dos estados crepusculares catatônicos, encontram-se os desejos e os temores dos doentes, muitos dos quais, consequentemente ao recalcamento, se tornaram inconscientes. Destarte parecem brotar do inconsciente e não se têm como pertencentes à própria personalidade.

A maior parte dos desejos, e, sobretudo os de natureza sexual, adquirem uma expressão simbólica, as palavras de uso corrente uma significação diversa, muitas ideias se condensam em uma só, etc. os mecanismos freudianos encontram-se, assim, a cada passo.

²⁸ Pernambuco Filho, *Psicoses associadas*, Rio, 1913.

²⁹ E. Mikowski – *La Schizophrénie*, Paris, 1927.

A sexualidade tem o papel principal: – na mulher esquizofrênica é o móvel essencial, para não dizer o único, das ideias delirantes. No homem o mesmo acontece, estando, porém, esses complexos isolados ou associados a outros de natureza diversa.

A descoberta dos complexos nos esquizofrênicos graves não dá os bons resultados que se verificam comumente nas neuroses; nos casos leves, porém, pode acarretar melhoras sensíveis e mais ou menos estáveis.

A intervenção psíquica, variável com cada doente e com as circunstâncias ambientes, deve ser sempre oportuna.

A par da intervenção psíquica, o tratamento comprehende ainda a *educação e o restabelecimento do contato com a realidade*, isto é, a diminuição do autismo.

Entre as medidas que têm por fim o *restabelecimento do contato com o ambiente*, uma das mais necessárias é a modificação frequente das condições exteriores, para que os doentes não se fixem às existentes. Daí a conveniência de mudá-los constantemente de locais, seções e até de estabelecimentos, quando internados.

Certos recursos medicamentosos podem ser empregados com o mesmo objetivo; assim, a provação de acessos febris ou a narcose, que modificam a situação dos doentes, provocando maiores atenções da parte dos médicos e dos enfermeiros.

Outro recurso de grande importância é a *arbeitstherapie*, justificável na maior parte dos casos, até durante os surtos agudos. Embora adotada há muito nos serviços psiquiátricos, coube, entretanto, à doutrina bleuleriana dar uma base psicológica à terapêutica ocupacional. O trabalho exercita as funções normais da psique, determina uma constante oportunidade de contato ativo e passivo com o meio, enfraquece as tendências autistas e, assim, facilita a readaptação ao ambiente.

Os estabelecimentos de insanos devem instalar-se de forma a permitir o trabalho adequado a cada doente.

Quando surgem objeções à arbeitstherapie, da parte dos doentes ou das suas famílias, pode-se recorrer às aplicações artísticas, porém estas têm o inconveniente de não provocar um contato suficiente com a realidade, exigindo, por isso, constante fiscalização.

Os esportes são um sucedâneo do trabalho, porém de menos valor.

As diversões, em certos doentes, concorrem para a manutenção ou o restabelecimento do contato com o meio.

A educação dos doentes é orientada no sentido do autodomínio, de modo que possam resistir a muitas solicitações mórbidas. Não raro, chegam a aprender a conter-se nas crises de agitação, a abandonar maus hábitos, a não dar seguimento às alucinações, etc.

Utiliza-se, neste propósito, logo que cessada a fase de indiferença, toda a sorte de estímulos exteriores. Em certos doentes, dá resultado o estímulo da ambição, noutros, o do instinto nutritivo (doces e frutos, além dos constantes da ração).

De grande importância, como fator educativo, é, nos estabelecimentos, o desenvolvimento do hábito de liberdade, sem o que os internados, no fim de algum tempo, perdem completamente a faculdade de conduzir-se. Há, por isso, toda conveniência em facilitar os passeios, as licenças, as experiências de altas, e, até, em estimular a sua obtenção, sobretudo por meio do trabalho.

Outro fator de importância, na educação dos doentes, é a ação desenvolvida pelo empregado particular, cujo papel não deve limitar-se à vigilância, mas estender-se também à procura de diversões e de trabalho para os doentes.

A clinoterapia corrige alguns estados de agitação.

O isolamento é um mal, porém, necessário em certos casos, como, p. ex., o do intranquilo, que, à noite, impede o sono dos outros doentes, e, durante o dia, os incomoda constantemente.

O isolamento apresenta na esquizofrenia mais sérios inconvenientes que nas outras psicoses: – os doentes abandonam-se facilmente, desenvolvem o autismo, adquirem maus hábitos, principalmente os da sordidez. Por todos esses motivos, convém não empregá-lo senão excepcionalmente, por pequeno período de tempo e de forma que se mantenha um contato frequente com os pacientes. Podem-se tentar, antes de recorrer a tal meio educativo, a clinoterapia, os banhos prolongados, os panos úmidos e os narcóticos.

As fortes tendências ao suicídio e à automutilação, assim como a grande agitação, melhoram mais rapidamente pela contensão no leito por meio de faixas que pela contensão pelos guardas, que estimula e incrementa o negativismo. Há necessidade, porém, nesse caso, de vigilância permanente.

Os narcóticos servem, às vezes, à educação. Doentes que não se conservam no trabalho, no banho ou no leito, aí se mantêm sob a ação de pequenas doses de sulfonal, e, assim, conseguem atingir um estado de franca melhoria.

No mesmo propósito, depois de um surto agudo, quando os doentes continuam a agir de modo absurdo ou se apresentam muito enfraquecidos, pode-se recorrer à narcose pelo sonífero, durante 8 a 12 dias, segundo as indicações de J. Kläse: – meia hora depois de injetar 0,001 de hioscina e 0,01 de morfina, quando já adormecidos, injetam-se duas ampolas de sonífero; seis a dez horas depois, outra injeção e, daí por diante, conforme a necessidade. O sono deve ser tal que o paciente, deixado a si, durma continuamente, mas que, despertado, possa alimentar-se e, satisfazer as necessidades fisiológicas e apresentar a lucidez necessária ao tratamento psíquico. O negativismo e a sitofobia cedem rapidamente, o peso aumenta.

A sordidez requer cuidados especiais, antes que se verifiquem certas circunstâncias que concorrem para estereotipá-la. A habilidade do pessoal muito influí nesse particular.

A tendência ao suicídio, o mais desagradável dos sintomas esquizofrênicos, é, não raro, entretida e desenvolvida pela vigilância contínua com que se procura combatê-la. O essencial, nessa contingência, consiste na modificação das maneiras de pensar do doente, que nem sempre parece atinar com a direção do real.

Finalmente, uma vez diagnosticada a esquizofrenia, surge logo a questão da conveniência ou da inconveniência do tratamento em estabelecimento hospitalar. A internação não cura a esquizofrenia, concorre apenas para a educação dos doentes e a cessação de certos distúrbios psicogênicos. Tem, entretanto, a grande desvantagem de afastar o doente da existência habitual. Todos os esforços, por isso, devem ser envidados para tratá-los fora de tais estabelecimentos. Efetivada a internação, a principal preocupação deverá ser educá-los para libertá-los, de novo, o mais rapidamente possível. Por outro lado, há toda a conveniência em não esperar por uma *cura*: os melhores resultados são sempre os que resultam das altas precoces.

Assim acontecendo, de acordo com a doutrina bleuleriana, os dispensários psiquiátricos adquirem horizontes mais amplos. Se a internação não deve efetuar-se senão em circunstâncias raras, é claro que aos dispensários cabe a principal função na assistência a esses doentes, fora dos muros nosocomiais. Vantagens inapreciáveis, médicas e econômicas, daí resultarão tanto para o

indivíduo como para a coletividade. Bastará recordar apenas que, em algumas clínicas da Suíça, a adoção de tais normas de assistência aos esquizofrênicos determinou total desaparecimento dos estados terminais, verdadeiros produtos artificiais devidos a prolongadas e injustificáveis internações.

f F