dentre as muitas que sempre se apresentam contiguas á imagem ou ideia que occupa, a cada instante, o foco capital da consciencia. E' essencialmente por essa falta de selecção que se origina o delirio.

Dest'arte, duas razões existem pera que o desfallecimento da inhibição determine o delirio: tumulto de associação de ideias e falta de regulação qualitativa da mesma.

Si esse delirio predominar sobre e associação imaginativa, ter-se-á a mythomania, a fabulação. Si, ao envez disso, prevalecer sobre a ideação, o julgamento e o raciocinio, exhibir-se-á um delirio raciocinante: interpretação, reivindicação, de litigio, de supposição.

Ora, a fraqueza de inhibição provém de duas causas: ou de insufficiencia do poder frenador ou de excesso de estimulo effectivo. No primeiro caso o poder frenador está realmente diminuido; no segundo a diminução é relativa, comparada á exaltação da affectividade euphorica, essencialmente dynamogenica, favoravel ao automatismo associativo e opposta á frenação.

Ha, portanto, dois processos para a associação de ideias deixar de ser inhibida: *desfrenação e superaffectividade euphorica.*

Na desfrenação o doente pode ter a sua affectividade normal ou até mesmo diminuida, mas, o poder frenador insufficiente deixa ás soltas a corrente da consciencia que se escoa velozmente e sem selecção. O delirante fica com o pensamento automatico, sem tonalidade affectiva accentuada.

E' o que acontece nos estados demenciaes, em que o allienado concebe, friamente, factos imaginarios de sua vida e a affectividade assiste a tudo quase impassivel. O mesmo occorre com certos degenerados mythomanos e suggestionaveis tendo como reaes as mentiras que vão creando ou que outros lhes suggerem, sem mostras da menor reacção affectiva, quando se os desmascára de-

monstrando a improcedencia das suas narrações. Logre conta o facto de um debil mental, que era motivo de zombaria dos habitantes da aldeia onde morava e que todos os annos, por insinuações alheias, convencia-se de que fôra eleito deputado e dirigia-se a Paris afim de ser reconhecido, regressando com resignada pacatez, depois de lhe dissuadirem a mal sonhada aspiração politica.

Impugnae, porém, as affirmativas de uma maniaco, de um paraphrenico ou paranoico megalomano, e vereis, desde logo o insano irritar-se violentamente contra a vossa incredulidade, chegando mesmo á cólera aggresiva e brutal. Faça-se outro tanto com um desequilibrado superaffectivo e o mesmo succederá.

Aqui, o fulcro da questão está na affectividade exaltada. O poder inhibitorio pode estar normal. Não ha propriamente desfrenação, mas a superaffectividade euphorica, sendo dynamogenica, como já ficou visto, accelera a associação de ideias, contrariando o poder frenador e neutralizando o seu effeito regularizante. Consequencia: a frenação continua a existir, mas, tendo que lutar com uma força por demais intensa (automatismo associativo accrescido de exaltação affectiva), claudica vencida e a inhibição que della resulta diminue ou de um todo se extingue. E' uma fraqueza de inhibição *relativa*, não por desfrenação, mas por excesso do seu contrario: o estimulo affectivo.

Mesmo no homem normal verifica-se transitoriamente essa debilidade inhibitoria no momento de uma grande alegria, surpreza agradavel, enthusiasmo arrebatado.

Apezar porém, da diversidade de processos psychologicos, a consequencia da desfrenação e da superaffectividade euphorica é a mesma: insufficiencia de inhibição.

De igual meneira, pois, aqui como na fallencia absoluta do poder frenador, o delirio nascerá: imaginativo (fabulação), raciocinante (interpretação, reivindicação, supposição, etc.).

Em taes casos o doente está empolgado pela euphoria que impulsiona a intelligencia a um trabalho intensissimo, de tal forma intenso, que aniquilla o poder frenador que a regulava e a associação de ideias, na ausencia de selecção, transvia-se desatinadamente, falseando o conhecimento, das crenças imaginarias mais inverosimeis ao delirio raciocinante de interpretação.

O poder frenador continua, porém, existindo, embora suffocado pela effectividade, mas, estimulando-o, é possivel por instantes que elle triumphe da avalanche passional e fiscalize momentaneamente a corrente do pensamento. A habilidade do alienista consegue, mais de uma vez, reconduzir o maniaco, por minutos, á razão.

Finalmente ha uma variedade de augmento de inhibição capaz de desencadear o delirio: é a inhibição affectiva dolorosa.

Aqui a acção inhibitoria não provém do poder frenador, mas do caracter estaticogenico da affectividade dolorosa que se exterioriza nas funcções elaborativas por uma hyperprosexia espontanea, não seleccionante, detendo no fóco capital da consciencia ideias de desgosto e impedindo que quaesquer outras sejam evocadas.

O conhecimento fica assim unilateral, parcializado e portanto falsò: o delirio explóde.

As representações de tristeza emergindo á tona da consciencia associam-se entre si e formam agrupamentos de ideias e imagens coherentes com o estado affectivo dominante. Assim nascem delirios imaginativos e raciocinantes. E' o caso da culpabilidade e auto-accusação na melancholia, da interpretação delirante no paranoico, nascida no periodo de inquietação por uma superaffectividade dolorosa inhibitoria, e tambem da obsessão do pyschasthenico que não é ainda o delirio, mas a estrada real que a elle conduz, pela transformação da ideia obsidente em hallucinação ou pela metamorphose completa da psychasthenia em estado melan-

cholico ou de perseguição systematizada, como demonstraram os trabalhos de Dupytout.

A obsessão, quanto ao processo psychologico, é uma especie de melancholia incipiente. Na melancholia *vera* a inhibição domina em absoluto a consciencia, destruindo o poder seleccionante da frenação e gerando a ideia fixa. Na phobia esse imperio affectivo não é ainda integral e a frenação lucta com a inhibição dolorosa, originando a duvida e a ideia obsidente.

Uma vez que se fala de uma psychoneurose vem a baila tratar da hysteria. Ella, porém, é um logradouro de discussões. Seja como fôr, será possivel levar até ahi a analyse psychologica. Os, antigamente chamados, delirios hystericos, durante os ataques ou fóra delles, são verdadeiros delirios oniricos de fabulação e serão explicaveis pelas interpretações dadas ha pouco acêrca destes ultimos. Pierre Janet rebusca no amago do hysterismo a existencia de ideias fixas subconcientes. Dupré e Logre falam de mythomania como o fundo psychologico dessa neurose e pelo conceito do pithiatismo de Babinski encontra-se até a chave para a comprehensão desse phenomeno. Pensa Babinski que o fundamento da psychoneurose em questão é a supersuggestibilidade. Ora, suggestionar-se é não fiscalizar a associação de ideias, é não deter a representação suggerida para a selecção critica, é entregar-se ao automatismo da corrente da consciencia, é, em uma palavra, não inhibir o pensamento. Assim, os delirios que por ventura fossem filiados ao hysterismo, terreno na verdade ainda em refundição, estariam incluidos, de qualquer maneira, entre os que a analyse antecedente reconheceu como oriundos de alterações inhibitorias. Estas, porém, são determinadas, ou por desfrenação, ou por superaffectividade. Qual desses dois processos psychopathologicos seria ajustavel ao caso? Si pensarmos nas psychoses de reacção da escola allemã (onde a hysteria fica comprehendida) e no desrecalcamento de complexos ideo-affectivos de Freud, nos quaes

a affectividade, principalmente genesica, tem um papel saliante, optaremos pelo segundo. Si recordarmos as observações de Logre que fazem acreditar até num *deficit* affectivo dos pithiaticos e na pouca ou nenhuma importancia da emoção como causa desencadeante da crise, preferiremos, antes, a desfrenação. Fazer entre os dous uma escolha definitiva é que se nos antôlha, no momento, impossivel. Creio que seria bem avisado admittir que ambos os processos psychopathogenicos possam funccionar parallelamente, conforme o caso clinico examinado.

Depois desse longo commentario sobre a psychopathologia dos delirios associativos recapitulemos tudo quanto a respeito foi dito, afim de enfeixarmos, em algumas conclusões, o transumpto da analyse.

Primeiramente verificámos que, sob o ponto de vista clinico, os delirios associativos podem ser cathegorizados em coherentes, fabulatorios e de interpretação ou raciocinantes. Os primeiros referem-se aos erros de conhecimentos acompanhados de illogismo e inverosimilitude do pensamento. Os restantes dizem respeito ao pensamento verosimel e logico, mas discordante da realidade. Entre estes, o fabulatorio importa no conhecimento falso derivado da imaginação e o delirio interpretativo ou raciocinante consiste numa noção irreal do mundo exterior, nascida do julgamento e do raciocinio.

Depois, vimos que a incoherencia depende de uma transformação des contiguidades associativas, emquanto a fabulação e interpretação originam-se de uma insufficiencia da inhibição psychica.

Perscrutando, porém, mais detidamente, a psychologia desses phenomenos, concluimos que a inhibição psychica gera o delirio não só quando é insufficiente, mas tambem, quando se exaggera sem effeitos seleccionantes, por superaffectividade dolorosa.

Em seguida, comprehendemos que as variações para mais e para menos da inhibição psychica dependem

de tres factores: poder frenador, estimulo affectivo do prazer e inhibição affectiva da dôr.

Finalmente considerámos ainda o facto do poder frenador variar, ou em si mesmo ou apenas em seus effeitos, em virtude de uma exaltação do estimulo affetivo, derivándo-se de uma maneira ou de outra um *deficit* de inhibição seleccionante.

Assim, essa insufficiencia de inhibição provém:

1.º — de uma debilidade do poder frenador,

2.º — de uma superaffectividade euphorica.

Ora, o augmento de inhibição quando promana do poder inhibitorio não origina o delirio, como anterior foi discutido. Este, só apparece, quando a exaltação inhibitoria *não é seleccionante,* oriunda de uma superaffectividade dolorosa.

Logo: além das duas causas psychogenicas dos delirios associativos por insufficiencia de inhibição psychica — debilidade do poder frenador e superaffectividade euphorica — encontra-se tambem uma determinação psychologica para os mesmos disturbios na elevação da funcção inhibitoria por superaffectividade dolorosa.

Portanto, a superaffectividade constitue um processo psychologico importante para a genese dos delirios, actuando num duplo sentido: contrariando a inhibição no prazer e favorecendo-a na dôr.

Daqui se deduz que as variações de inhibição psychica podem ser synthetizadas em duas unicas variedades:

1.º — por desfrenação (insufficiencia do poder inhibitorio).

2.º — por affectividade (euphorica ou dolorosa).

Comparando a génese psychologica dos delirios associativos por inhibição, capaz de determinar os disturbios fabulatorios e raciocinantes, com a inversão das contiguidades associativas que conduz á incoherencia,

observa-se que neste ultimo caso o delirio é condicionado a uma alteração intrinseca do processo psychologico de associação, ao passo que no primeiro elle se deriva de uma causa extrinseca, proveniente de variações funccionaes, relativas á frenação e á affectividade.

Assim sendo, os delirios associativos de incoherencia nascem de alterações da propria associação, são delirios primarios. Os delirios fabulatorio e raciocinante provêm de perturbações exteriores á associação, são delirios secundarios. Essas perturbações importam em disturbios de duas funcções psychicas: poder frenador (desfrenação) e affectividade (superaffectividade euphorica e dolorosa).

Chegando a este ponto, posso formular, terminando, as seguintes conclusões:

1.º *Os delirios associativos são primarios ou secundarios.*

2.º *Os delirios associativos primarios são aquelles que provêm de disturbios nascidos na propria associação de ideias e que consistem em alterações das contiguidades associativas por degeneração ou necrobiose de neuronios corticaes.*

3.º *Os delirios secundarios são aquelles que se originam da desregularização da funcção associativa, determinada por disturbios de frenação ou de affectividade.*

4.º *O disturbio de frenação capaz de desregularizar a associação de ideias, provocando o delirio, é a desfrenação.*

5.º *O disturbio de affectividade capaz de desregularizar a associação de ideias, provocando o delirio, consiste na superaffectividade (euphorica ou dolorosa).*

IV - Unidade psychologica dos delirios

Até aqui tenho considerado os delirios dispostos em dois grandes grupos: de *recepção*, comprehendendo illusões e hallucinações, e de *associação*, comprehendendo os delirios incoherentes, fabulatorios ou por inferencia. Do estudo da psychologia destes ultimos resultou que elles se originam por tres processos: transformação das contiguidades associativas, desfrenação ou superaffectividade. Do estudo da psychologia dos primeiros concluiu-se que elles são determinados ou por uma excessiva assimilação das percepções ou por exaltação dos emgrammas até a intensidade das sensações.

Vejamos, agora, a relação existente entre os processos psychologicos de uns e de outros.

Que é assimilar em excesso as percepções?

Vimos já, mais de uma vez, que as percepções são de duas ordens: puras e assimiladas, tambem chamadas pelos psychologos ingleses e norte-americanos *apercepções*. São puras as percepções constituidas unicamente por um feixe de sensações synthetizadas em uma figuração individual. Derivam-se, apenas, de uma corrente exogena. São assimiladas as percepções constituidas por duas correntes: uma exogena, synthese de sensações, outra endogena, synthese de imagens que vêm completar as sensações recebidas, integrando a representação de um objecto exterior. Sabe-se que, sómente nos primeiros annos da vida, as percepções que temos são puras. Com a formação da experiencia mental, ellas vão escasseando até que na idade adulta, relacionamo-nos com a ambiencia quase que exclusivamente por meio de percepções assimiladas.

Desde então, é facil comprehender o mechanismo do exaggero de assimilação de uma percepção. Consiste em um augmento da corrente endogena que evoca imagens guardadas pela retentiva e as liga com as sensa-

ções presentes. Ora, evocar lembranças e ligar representações umas ás outras é um exercicio da propria funcção associativa.

Vê-se, pois, que a assimilação excessiva que engendra as illusões e hallucinações, é, em ultima analyse, uma desordem associativa e dest'arte os delirios receptivos reduzem-se aos associativos. Chega-se assim á noção da unidade psychologica dos delirios, isto é, que todos elles provêm de uma mesma origem: disturbios da funcção associativa.

Na realidade nunca ha um delirio receptivo puro e as illusões e hallucinações são sempre acompanhadas de incoherencia, fabulação ou delirio raciocinante.

Os delirios associativos tambem nunca são rigorosamente puros. A paranoia apresenta, embora com raridade, illusões e hallucinações; a mania exhibe numerosas illusões e, ás vezes, hallucinações. Dupytout observou, como já referi, em psychastenicos, a transformação de ideias obsidentes em hallucinações. Todos esses factos clinicos mostram a intima relação entre os delirios receptivos e associativos. E' que, como acabámos de ver, o processo psychologico que os determina é commum para ambos.

E' indispensavel, porém, fazer uma resalva. Do estudo da psychologia dos delirios de recepção ficou estabelecido que, além do excesso de assimilação das percepções, ha um outro processo que seria capaz de determina-los: *excitação dos neuronios corticaes sensoriaes exaltando os engrammas até á intensidade das sensações.*

E' a interpretação de Tamburini, contrariamente á de Alfred Binet.

Neste caso não haveria concurso da associação de idéas. No entretanto como já foi analysado, essa interpretação seria applicavel aos casos de illusões e hallucinações correspondentes a orgãos dos sentidos destruidos ou de funcções abolidas.

Ora, a existencia de taes hallucinações não foi ainda provada. Ellas parecem, apenas, possiveis e de qualquer forma rarissimas.

De sorte que, sómente para esse pequeno e duvidoso grupo de illusões e hallucinações, a unidade psychologica dos delirios não seria extensivel.

Feita essa exclusão todos os outros delirios associativos ou receptivos reconhecem a um mesmo processo psychologico: *desordens de associação.*

Todos os delirios são, em analyse ultima, associativos.

V — Psychologia da systematisação dos delirios.

Porque certos delirios, considerados em seu conjunto, generalizam-se a todos os factos intellectivos, levando ao erro de conhecimento em todas as direcções e certos outros, ao contrario, circunscrevem-se, unilateralizam-se, systematizam-se, fornecendo uma noção falsa da realidade objectiva, apenas em um unico e mesmo sentido?

Eis ahi um importantissimo problema da psychiatria: comprehender a pathogenia da systematização.

Antanho, quando o espirito scientifico, até os principios deste seculo, andava enamorado da doutrina das localizações cerebraes, cuidava-se com certa logica que a systematisação dos delirios proviesse de lesões circunscriptas do cerebro. Mas hoje nós sabemos que isso não passa de uma hypothese directriz negada pela observação scientifica, porque a necropsia do delirante systematizado nada revelou a esse respeito e de outro lado aprendeu-se que a symptomatologia das lesões circunscriptas do cerebro não produzem delirios systematizados.

Vejamos si a psychologia não pode formular uma hypothese directriz concordante com a clinica e que aguarde o *veredictum* da experimentação.

A systematização dos delirios consiste na orientação do pensamento para um mesmo rumo, dominado

por uma ideia fixa que empolga a consciencia. Ha portanto, uma concentração intellectiva, uma superattenção, em uma palavra, um augmento de inhibição psychica. Pois bem. Quaes os processos psychologicos capazes de determinar um augmento de inhibição? Já o sabemos: superfrenação, inaffectividade, inhibição affectiva dolorosa. Ora, a superfrenação e a inaffectividade não conduzem ao delirio. Isso já foi commentado, paginas atraz. Resta portanto, apenas, *a inhibição affectiva dolorosa.*

Desde logo, principia-se a entrever o *quid* da psychologia da systematização. Elle se encontra na inhibição affectiva que será o processo organizador do delirio systematizado.

De effeito, a inversão das contiguidades associativas, que origina a coherencia, não poderia determinar a systematização de um delirio, visto como é essencialmente global. A desfrenação real ou relativa, por superaffectividade euphorica, desenfrea a corrente da consciencia, deixada entregue ao seu automatismo por associações lineares, e dispersa o pensamento nas direcções mais variadas, contrariamente ao estado de concentração intellectiva que, em torno de uma ideia fixa, elabora o vasto cortejo de um delirio systematizado.

Só a inhibição affectiva dolorosa é capaz de gerar essa disposição psychica, que é o alicerce de toda construcção systematizada delirante.

Aqui, ha uma superattenção, não voluntaria nem seleccionante, mas ao envez disso, espontanea e desarrazoada que detem uma ideia de tristeza na consciencia, associando-lhe por processo irradiado multiplas outras representações de desgosto.

Está ahi o terreno psychico sufficientemente adubado para a sementeira de uma systematização.

Que mais falta para engendra-la? Ha delirio e ha concentração da intelligencia.

Na superfrenação a intelligencia está concentrada, mas não delira. Na desfrenação a intelligencia delira mas não se concentra. Só a inhibição affectiva dolorosa crea as duas preliminares indispensaveis que condicionam a génese de uma systematização delirante: *delirio e concentração de espirito.*

Portanto, o processo psychologico que determina a systematização dos delirios é a inhibição por superaffectividade dolorosa.

Pedir-me-ão factos clinicos comprobatorios. E eu os darei:

Todos os delirios systematizados, quaesquer que sejam as suas formas clinicas, iniciam-se por um periodo mais ou menos longo, de inquietação vaga, que cada vez se torna mais desagradavel e inhibe a associação de ideias, tornando-a penosa e dest'arte concentrando a consciencia numa ideia fixa e conduzindo, por fim, o pensamento á procura de uma explicação para esse desgosto interior, quer seja em si mesmo, quer seja no ambiente em que vive.

E' o classico periodo de *inquietação* de Magnan, o periodo de *incubação* de Falret ou *hypochondriaco* de Morel e que Régis chama com mais precisão: *periodo de concentração analytica.*

A simples observação clinica de tal periodo evidencia, desde logo, que o seu processo psychologico está na inhibição affectiva. E' ella que vae engendrando a systematização do delirio.

Uma unica excepção poderia ser lembrada aqui: o delirio reinvidicatorio principia mais ou menos inopinadamente, sem esse periodo invasor de concentração analytica, onde se manifesta a inhibição de origem affectiva. Mas, essa excepção é apenas apparente.

Ao contrario o delirio de reivindicação reforça o que estou affirmando.

Em primeiro lugar, embora se inicie de inopino, o que caracteriza o delirio reivindicatorio é uma *ideia obsidente* e uma *exaltação passional*, como bem demonstraram Sérieux e Capgras.

Ora, já foi analysado, que a génese da ideia obsidente é a inhibição por superactividade dolorosa e esta superactividade está de acôrdo com a exaltação passional referida.

Serieux e Capgras não consideram esse estado passional como doloroso, mas falam de exaltação maniaca dos reivindicadores.

Não concordo com essa interpretação, porque a psychologia esclarece que o estado maniaco, sendo de caracter euphorico e dynamogenico, constitue um estimulo para a associação de ideias e tende, mais ou menos intensamente, para a fuga de ideias, mas nunca para a ideia obsidente. Exaltação maniaca simultanea a ideia obsidente é um absurdo psychologico.

Penso, pois, que a superaffectiridade reivindicadora é dolorosa e o que affirmo apoiado em dados psychologicos, encontra cabal correspondencia na clinica.

Todo aquelle que lidar com um reivindicador verá que elle não é um expansivo euphorico, prazenteiro. Poderá ser um agitado, mas sempre expressará soffrimento e desgosto.

Assim sendo, o delirio de reivindicação possue, como os demais delirios systematisados, concentração affectiva e superaffectividade dolorosa.

Logo o que parecia excepção, muito ao contrario, affirma o asserto anteriormente feito e aqui repetido: *a psychologia da systematização dos delirios repousa sobre a inhibição affectiva.*

Inversamente, todos os delirios por inhibição psychica tendem para o delirio systematisado. A melancholia ao chronificar-se transforma-se, muitas vezes, em

delirios systematizados, conforme os estudos de Anglade. A psychasthenia degenera em estados melancholicos ou delirios systematizados de perseguição, de acôrdo com as observações de Dupytout, que mais de uma vez tive opportunidade de citar a esse respeito.

E' certo que se fala de delirios systematizados post-maniacos. Mas, á vista do conceito de psychose maniaco-depressiva de Kraepelin e da impossibilidade de comprehender-se psychologicamente uma euphoria determinando ideia fixa, é razoavel acreditar que taes delirios systematizados post-maniacos só se formam depois da passagem de estados melancholicos mal percebidos.

Para pôr termo a esse commentario, que deverá constituir um estudo á parte e que aqui faço a titulo suplementar, citarei em abono do que venho affirmando, a doutrina de Tanzi e Riva pela qual todos os delirios systematizados originam-se de psychoses generalizadas: mania e melancholia.

Repetindo a consideração feita acima a proposito dos delirios systematizados post-maniacos, percebe-se que tal theoria conduz a acreditar no que sustento: *a systematização dos delirios provem de uma inhibição affectiva dolorosa.*

VI — Psychologia das formas clinicas

Tão multiforme e cambiante é a apresentação clinica dos delirios que o seu estudo constituiria, só por si, uma obra inteira. E ainda que fosse possivel dilatar os limites deste trabalho, abordando esse problema detidamente, mesmo assim seria exorbitar do plano traçado para esta analyse, que tem por escôpo ser essencialmente psychologica.

Ora, quando se descamba dos processos physiopathogenicos para caracterizar as formas clinicas dos delirios, está-se desviando do criterio puramente psychologico para cahir na technica alienistica.

No entretanto, mesmo nos recantos mais comezinhos da psychiatria, é sempre possivel, si não encontrar nova fonte de ensinamentos para a psychologia, ao menos applicar os seus principios na interpretação dos factos que se nos deparam.

Assim, de uma maneira muito geral, procurarei condensar a psychologia das formas clinicas dos delirios nas tres seguintes considerações:

1.º — as duas causas psychicas modificadoras da associação de ideias são: poder frenador e affectividade. No alienado a frenação está sempre em *deficit* e consequentemente as desordens associativas delirantes são presididas exclusivamente pelos estados affectivos. Ora, a psychologia distingue a polaridade dôr e prazer em todos os affectos. Donde se conclue que, da maneira mais geral possivel, as formas clinicas dos delirios agrupam-se em duas categorias: dolorosas e euphoricas.

2.º — Mais particularmente, os estados affectivos, como expressão das tendencias instintivas de conservação e expansão do individuo e da especie, reduzem-se a tres ordens: egoisticos, altruisticos e genesicos. Ora, a forma clinica do delirio depende da tonalidade affectiva que o preside. Logo, sob este ponto de vista, haverá delirios egoisticos, altruisticos e genesicos.

Combinando estas tres ultimas formas delirantes com a bipolaridade affectiva, encontramos a génese psychologica de todas as modalidades clinicas dos delirios. Para dar dois exemplos:

A exteriorização da tendencia egoistica com um estado affectivo doloroso dará o delirio de perseguição e com um estado euphorico proporcionará a megalomania. A exteriorização da tendencia genesica com um estado affectivo euphorico provocará o erotismo e com um estado affectivo doloroso engendrará o delirio de ciume.

No graphico a seguir represento, resumidamente, a psychologia das formas clinicas dos delirios pela combinação das tendencias instintivas com a polaridade affectiva dominante.

Digo resumidamente, porque menciono, apenas, um exemplo para cada complexo affecto-instintivo que, no entretanto, pode fornecer novas variedades em virtude do gráo de instrucção do alienado, da epocha em que viveu e de seus dotes intellectuaes.

Na classificação das formas clinicas dos delirios, que se acha no capitulo seguinte, figuram as mais importantes variações a que acabo de referir. Designa-las todas não é possivel. No terreno da minucia o delirio transmuda-se de homem para homem e, transladando o velho brocardo da medicina geral para a psychiatria, bem se dirá: não ha delirios, mas delirantes.

3.º — Emfim, ainda mais particularmente, fóra das tendencias instintivas e da polaridade affectiva, as formas clinicas dos delirios variarão conforme o pensamento attribue ao proprio individuo ou ao ambiente em que vive a origem de suas inquietações. No primeiro caso trata-se de *apersonalização* e no segundo de *transitivismo*.

O delirio persecutorio é egoistico doloroso por transitivismo, porque o insano encontra no alheio a causa de sèu soffrimento. O delirio de culpabilidade é egoistico doloroso por apersonalização, porque o louco rebusca em si mesmo a justificativa de seus pezares.

E assim para todas as formas delirantes.

Do que acabo de expôr deduz-se: *a psychologia das formas clinicas dos delirios depende de tres factores*:

1.º *Tendencias instintivas (egoisticas, altruisticas, genesicas).*

2.º *Polaridade affectiva (dôr e prazer).*

3.º *Localização intellectiva no ambiente ou no proprio individuo da ideia delirante (transitivismo e apersonalização).*

VII — Ensaio de interpretação psycho-physiologica

Um dos maiores afans da psychologia contemporanea é encontrar, para cada facto psychico que analysa, um substracto anatomico em que se ampare e repouse. Nisso se destingue precisamente a psychologia scientifica hodierna do anachronico e metaphysico conceito que della se fazia até meados do seculo passado, quando, sob o nome capcioso de *faculdades*, disfarçava, no abstracto de uma pura hypothese que não era provada, o absurdo de uma pretensa verdade imposta como dogma indiscutivel. Depois de analysar a psychologia dos delirios e de reconhecer os differentes processos psychopathogenicos que os detarminam, convergindo os fundamentos psychologicos para os dados clinicos da psychiatria, sente-se necessidade de concretizar essas affirmativas com a designação da séde e da natureza da lesão provocadora dos disturbios associativos.

Tal objectivo, no entanto, que deve ser a aspiração ideal da psychologia scientifica e a esperança da psychiatria para a racionalização de sua therapeutica, longe está, porém, do alcance das investigações actuaes.

Para completar o estudo dos delirios, desejar-se-ia conhecer o territorio anatomico, cujas dysfuncções acarretam os delirios, isto é:

1.° — da associação de ideias,

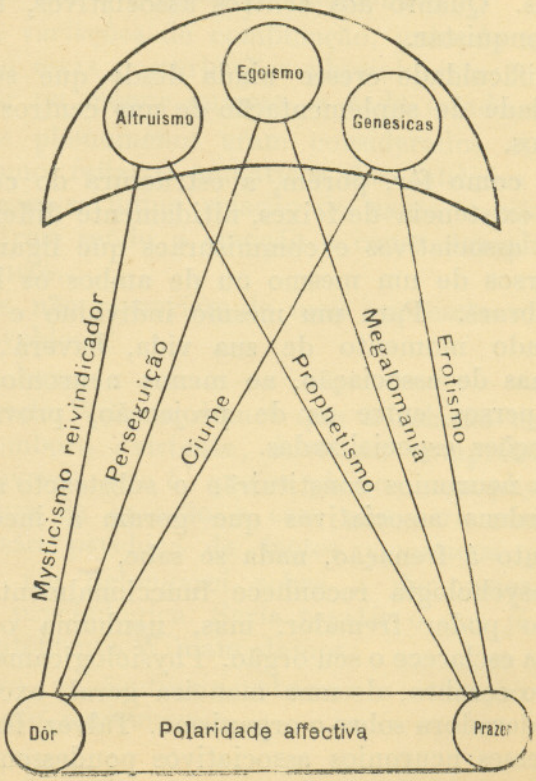
2.° — da frenação,

3.° — da affectividade,

A psychologia, porém, até agora, não estabeleceu com nitidez as correspondencias dessas funcções com os departamentos organicos que lhes servem de substracto. A que se acreditou localizar anatomicamente, mas que em nossos dias se torna outra vez incerta, é a associação de ideias.

Flechsig julgou descobrir, além das quatro zonas sensoriaes (tactil, auditiva, olfactiva e visual), a séde dos

II. — Graphico da psychologia das formas clinicas dos delirios



centros de associação que elle designava como de tres ordens: *pré-frontal, temporo-parietal e centro associativo medio*, ós quaes pareciam concretizar anatomicamente a doutrina afortunada do polygono de Grasset.

Desde 1897, porém, que Dejerine impugnou os trabalhos de Flechsig, provando que os seus resultados só eram verdadeiros no cerebro das creanças de baixa idade (Flechsig não estudára nos cerebros de creanças de mais de 5 mezes) e que no adulto deixavam de ser verificados. As refutações levantadas por Pierre Marie, já neste seculo, sobre o problema das aphasias, abalaram ainda mais fundamente a doutrina das localizações cerebraes.

Dellas restam hoje, apenas, os centros motores e sensoriaes. Quanto aos centros associativos, tudo ficou por se conquistar.

A difficuldade cresce ainda desde que se sabe da possibilidade de suplementação de uns centros corticaes por outros.

Seja como fôr, porém, a estructura do centro oval revela a existencia de feixes, nitidamente differenciados, de fibras associativas e commisuraes que ligam territorios diversos de um mesmo ou de ambos os hemispherios cerebraes. Para um mesmo individuo e para um determinado momento de sua vida, haverá portanto, sinão zonas de associação, ao menos neuronios associativos dispersos entre os de projecção, provavelmente com funcções especializadas.

Taes neuronios constituirão o substracto anatomico das desordens associativas que geram a incoherencia.

Quanto á frenação, nada se sabe.

A psychologia reconhece funccionalmente a existencia do poder frenador, mas, nenhuma observação anatomica esclarece o seu orgão. Physiologicamente, como se sabe, o cerebro, de uma maneira geral, excerce uma acção moderadora sobre o organismo. Talvez, fosse razoavel que esses neuronios associativos poudessem exercer

tambem uma acção inhibitoria sobre os centros de projecção. Ou, quem sabe até, haja, entre aquella cellulas corticaes, algumas especificamente differenciadas para essa funcção.

A proposito dos phenomenos affectivos creio que se possa entrevêr, actualmente, um substracto organico. Em um trabalho que apresentei á Sociedade de Medicina de Porto Alegre em 1924 esforcei-me por documentar esse asserto. Vejamos:

Toda emoção é acompanhada de modificações physiologicas perfeitamente carecterizaveis: hypercrinia lacrimal, rubor ou pallidez cutanea, hyperhydrose, sialorrhéa, horripilação, alterações no rhythmo cardiaco e respiratorio e ainda, em outras vezes, ha a contar a polyuria, a diarrhéa e até a glycosuria emocionaes.

Com variações de combinação, gráo de intensidade e duração essas perturbações physiologicas comparecem em maior ou menor numero, a cada estado emocional.

Esses phenomenos eram considerados até William James como reflexos somaticos das funcções psychicas e acreditava-se numa relação de causa e effeito entre uns e outros, sendo a emoção a causa dos phenomenos physiologicos.

Esses não passariam de uma expressão somatica de factos psychicos.

Pois bem.

Entende William James que a relação de causa e effeito, embora existente, deve ser comprehendida no sentido inverso, isto é, que os phenomenos physiologicos são a causa da emoção e essa não será mais do que a expressão psychica de factos somaticos primitivos.

Não me delongarei sobre a demonstração dessa doutrina psychologica. Seria repetir o que já disse tão convincentemente William James.

Quero, ao contrario, chamar a attenção para um outro ponto curiosissimo.

Quem quer que observe as alterações somaticas contemporaneas á emoção não poderá deixar de se impressionar vivamente pela identidade entre esses phenomenos e a symptomatologia das hypo e hyper-tonias do systema nervoso sympathico e parasympathico.

O pranto da tristeza e alegria depende do parasympathico; basta recordar o apparelho nervoso annexo ao VII par craneano, o nervo facial, e innervando as glandulas lacrimaes.

A sialorrhéa da colera emocional depende tambem do parasympathico; que se recorde o apparelho nervoso annexo ao intermediario de Wrisberg, innervando as glandulas sublinguaes e submaxillares e o apparelho nervoso organico annexo ao IX par, o glosso-pharyngeo, e que innerva as glandulas parotidas.

A sensação de calefrio, o rubor e a pallidez cutaneas, a hyperhydrose e a horripilação emocionaes estão adstrictos ao funccionamento do grande sympathico em sua porção thoraco-lombar.

A acção do vago explicará todas as variações de rhythmo do coração e da respiração, desde a tachycardia e polypnéa das emoções de prazer ou de medo de pouca intensidade até a bradycardia e a apnéa do susto e do terror.

Na ira o globo ocular projecta-se levemente para fóra da orbita e essa rapidissima exophtalmia poderá ser explicada pela acção do sympathico sobre os musculos de Müller.

Ainda a diarrhéa e polyuria emocionaes seriam interpretaveis pela acção do sympathico da região correspondente, isto é, thoraco-lombar.

Hervier mostra que a glycosuria emocional é derivada de um desequilibrio no systema vago-sympathico.

Mas, ainda não disse tudo.

Segundo William James a emoção é effeito dos phenomenos physiologicos concomitantes e como ficou evidenciado que esses phenomenos não passam de symptomas vago ou sympathicotonicos, é perfeitamente licito concluir. embora com surpreza, que *as emoções e demais estados affectivos são* momentaneas e fortes, levissimas e duradoiras, *crises de vagatonia e sympathicotonia,*

Aqui está a conclusão psychologica a que eu queria chegar. Si as emoções são effeitos da irritação do sympathico ou do parasympathico, facilmente se comprehenderá porque Vigouroux e Laignel-Lavastine encontraram em melancholicos anciosos, apoz a morte, *pelo exame cadaverico, lesões chronicas nos ganglios semi-lunares.*

E' um *facto*, que não consente replica.

E' sabida a importancia da cenesthesia nos delirios hypochondriacos e das variações circulatorias nos estados euphoricos e melancholicos. Ora, taes funcções estão entregues á sensibilidade e motricidade do systema vago-sympathico.

Laignel Lavastine classifica as ansiedades que encontra na clinica em geral, sob tres typos: *ansiedade vago-tonica* ou pallida, *grande ansiedade vago-tonica* e *ansiedade sympathica* ou rubra tachycardica.

De tudo isso será licito suppor que:

1.° *Os estados affectivos têm como substracto anatomico o systema vago-sympathico.*

2.° *Os delirios por superaffectividade são produzidos por dysfuncções do systema vago-sympathico.*

Isso constitue ainda uma hypothese directriz que, em estudos ulteriores, procurarei submetter ás verificações experimentaes. Póde-se no entretanto prevêr o valor de taes noções, si forem confirmadas, não só sob o ponto de vista especulativo, como tambem pratico e principalmente *therapeutico.*

VIII — Conclusões

Terminando a anaylse psychologica dos delirios resumirei os seus resultados nas conclusões seguintes:

I

A psychologia dos delirios é unitaria: desordem da associação de ideias.

II

Os delirios são primarios ou secundarios.

III

Os delirios primarios são determinados por alterações das contiguidades associativas, em virtude de degeneração ou necrobiose dos neuronios associativos, cuja localização cerebral é ainda desconhecida.

IV

Os delirios secundarios são determinados por desfrenação e por superaffectividade euphorica ou dolorosa.

V

Os delirios por desfrenação dependem provavelmente de uma degeneração ou necrobiose de neuronios corticaes especializados na funcção frenadora, mas ainda não identificados anatomicamente.

VI

Os delirios por superaffectividade parecem depender, provavelmente, de dysfuncções vago-sympathicas.

VII

Os delirios por desfrenação e superaffectividade euphorica consistem numa exaltação do automatismo associativo, sem selecção.

VIII

Os delirios por superaffectividade dolorosa consistem numa inhibição da associação de ideias, espontanea e não seleccionante, contraria ao poder frenador.

IX

Os delirios primarios expressam-se por illusões, hallucinações e incoherencia; os delirios secundarios expressam-se por illusões, hallucinações, fabulação e inferencia.

X

A psychologia da systematização dos delirios consiste numa inhibição affectiva.

XI

As formas clinicas dos delirios dependem de tres factores psychologicos:

1.º — tendencias instintivas,

2.º — polaridade affectiva,

3.º — apersonalização ou transitivismo intellectual.

CAPITULO V

Classificação psychologica dos delirios

I — Os fundamentos psychologicos. II — Delirios eschizophrenicos. III — Delirios involitivos. IV — Delirios affectivos. V — Vantagens e utilidade desta classificação. VI — Classificação das formas clinicas. VII — Conclusões.

I — Os fundamentos psychologicos

Classificar é o complemento indispensavel da analyse, mórmente quando se tratam de phenomenos complexos e multifarios, quaes sejam os delirios.

Depois da desaggregação de um todo nas partes de que naturalmente elle se compõe, apóz desarticular em elementos diversificados um conjunto de factos distintos e heterogeneos, em seguida á perquiríção isolada da genese de cada um desses factos e ao esmiuçar indagativo do processo intimo de sua realização, — faz-se mister confrontar os productos da analyse nas relações reciprocas guardadas entre si, coteja-los mutuamente em suas qualidades e determinações, até que, emfim, se os concatene na ordem natural em que se correlacionam para integrar o todo, estabelecendo as coordenações e subordinações interdependentes, que necessariamente existirem. E é este precisamente o papel da classificação.

Ora, toda classificação é presidida por um criterio geral que destaca de um mesmo genero as especies que o constituem. E' justamente em obediencia a esse criterio uniforme que reside a segurança do acêrto de uma classificação.

A medicina, como todas as sciencias, tem soffrido e soffre ainda o pêso de classificações viciosas, por desuniformidade de criterio seguido, e, no campo intermino da sciencia hypocratica, nenhuma zona mais assolada por essa perversão de logica do que a psychiatria. Aqui, trate-se embora de delirios ou signaes semiologicos estudados separadamente, quer se cogite do relevante problema da nosographia das molestias psychicas, quase sempre as classificações são confusas e incogruentes quando não absurdas e artificiaes.

Principiam classificando pelo criterio etiologico e terminam pela symptomatologia, começam pela localização anatomica das lesões caracterizantes e concluem pelos processos physiopathologicos que a determinam. E' o verdadeiro empastelamento de classificação.

Não quero citar exemplos, propositadamente, não só porque a extensão desse commentario desviaria o texto do capitulo do objectivo a que se destina, como tambem porque todas as pessôas familiarizadas com assumptos psychiatricos observaram já, á saciedade, classificações daquelle jaez.

Para evitar os erros que aponto, procurarei um criterio psychologico nitidamente delimitado, para reger com uniformidade a classificação dos delirios.

Qual esse fundamento psychologico?

Encontra-se, sem duvida, na analyse dos delirios anteriormente estudada.

A conclusão mais geral que della resultou diz que a psychologia dos delirios é unitaria: desordens da associação de ideias.

Essa é em essencia a psychogénese de todos os delirios, qualquer que seja a sua apresentação clinica, e tal será o criterio, absolutamente psychologico, de que me valerei na classificação a seguir.

Este criterio, portanto, será assim ennunciado: *Determinação e natureza das desordens associativas.*

Dividirei antes de tudo os delirios em *primarios* e *secundarios*, conforme a desordem de associacão tiver nascido nella mesma ou como consequencia de outras dysfuncções psychicas.

O genero — delirios primarios — terá uma só especie: *delirios eschizophrenicos*. Uso esse termo tirado de uma entidade clinica isolada por Bleuler, porque o notavel psychiatra suisso, ao destaca-la do acêrvo da alienação, baseou-se exclusivamente no processo psychologico da incoherencia, expressão maxima do autismo, a qual deriva sempre, como já ficou estabelecido atraz, de disturbios primarios das contiguidades associativas.

Já vimos que as causas extrinsecas relativamente á associação de ideias, determinando disturbios que geram o delirio são de duas ordens: desfrenação e superaffectividade.

Assim, o genero — delirios secundarios — abrangerá, naturalmente, duas especies: delirios por desfrenação, e delirios por superaffectividade. Designarei *involitivos* aos primeiros e *affectivos* aos segundos. Com essas denominações evidenciarei o caracter differencial entre ambas as categorias, esta incluindo as perturbações delirantes determinadas por causas de natureza affectiva e aquella encerrando os delirios oriundos unicamente de uma insufficiencia do poder frenador, que é, como se sabe, a essencia da volição.

Vimos tambem que as perturbações affectivas que originam desordens de associação apresentam-se de duas formas: superaffectividade euphorica, auxiliando o automatismo associativo, e superaffectividade dolorosa, de acção inhibidora.

Dest'arte, respeitando sempre o criterio psychologico das desordens associativas reconhecerei duas classes na especie — delirios affectivos — e que serão: *delirios euphoricos e delirios melancholicos*. Chamarei de euphoricos todos os delirios que importarem em disturbios

III. — Classificação psychologica dos delirios

- **Delirios**
  - Primarios ..... **ESCHIZOPHRENICOS** — *Por falsa contiguidade associativa.*
  - Secundarios ...
    - **INVOLITIVOS** — *Por desfrenação.....*
      - Perceptivos
      - Imaginativos
      - Raciocinantes
    - **AFFECTIVOS** ...
      - Euphòricos — *Por super-affectividade euphorica...*
        - Perceptivos
        - Imaginativos
        - Raciocinantes
      - Melancholicos - *Por super-affectividade dolorosa .....*
        - Perceptivos
        - Imaginativos
        - Raciocinantes

associativos por exaltação da affectividade polarizada no prazer e melancholicos quando a exaltação affectiva fôr dolorosa.

A denominação - *delirios melancholicos* - não se refere, pois, á entidade nosographica *melancholia*. Designo melancholicos a todos os delirios produzidos por inhibição affectiva, em antagonismo aos euphoricos, determinados por estimulo de superaffectividade euphorica.

Fiel ao criterio psychologico que domina a classificação - determinação e natureza das desordens associativas - subdividirei todos os delirios secundarios em tres sub-classes: perceptivos, imaginativos e raciocinantes, conforme os disturbios predominarem sobre as associações de percepção, imaginação, julgamento e raciocinio. Digo predominarem, porque nunca ha exclusivismo absoluto entre essas differentes modalidades de associações alteradas. Na paranoia, onde o delirio é raciocinante, é possivel a existencia de percepções hallucinatorias. Na paraphrenia, em que é capital o delirio perceptivo, Kraepelin distingue uma forma clinica que elle mesmo chamou *confabulatoria*. No delirio systematisado hallucinatorio chronico de H. Roxo, ha ao mesmo tempo interpretação e hallucinações.

A imprecisão dos limites entre essas sub-classes provem de que, ao constitui-las, já se vae distanciando mais e mais da determinação das desordens associativas ficando, apenas, a distincção da natureza das mesmas e descamba-se da psychologia dos delirios á multiplicidade extraordinaria de sua formas clinicas.

Dessas, porém, será necessario fazer uma classificação a parte que daqui a pouco tratarei.

Por agora, formulo uma classificação *psychologica* dos delirios pelo criterio já enunciado e que respeito rigorosamente, de principio a fim, como se verifica pelo que acabo de expôr.

Os delirios primarios não podem ser subdivididos em perceptivos, imaginativos e raciocinamentes, porque,

consistindo na inversão das contiguidades associativas, attingem conjuntamente todas as modalidades de associações, percepção, imaginação, ideação, julgamento e raciocinio. São delirios essencialmente globaes.

Estabelecidos os fundamentos psychologicos da classificação apresentada, estudemo-la em cada uma de suas divisões, caracterizando-as, differenciando-as, definindo o seu processo psychopathogenico e mostrando, parallelamente, a sua correspondencia com as diversas entidades clinicas.

II — Delirios eschizophrenicos

Os delirios eschizophrenicos consistem em alterações das contiguidades associativas por degeneração ou necrobiose de neuronios corticaes. São capazes de determina-los todas as causas toxicas, infecciosas, parasitarias, traumaticas ou de néo-formação que gerarem processos degenerativos ou amollecimento corticaes.

Caracterizam-se pela incoherencia de ideias, illogismo, inverosimilitude e contrasenso do pensamento, francamente autistico.

O diagnostico differencial com os delirios involitivos e affectivos é feito pela propria incoherencia que não existe nesses ultimos. A's vezes, é difficil distinguir o illogismo eschizophrenico da fuga de ideias pertencente aos delirios affectivos de typo euphorico. Nestes casos, o diagnostico differencial repousará sobre a exaltação affectiva, presente nestes ultimos e ausente quase sempre nos eschizophrenicos, que são acompanhados em geral de inaffectividade. Na confusão mental hallucinatoria a agitação do alienado póde, á primeira vista, fazer acreditar num delirio affectivo, mas o estado de subconsciencia que conduz á desorientação, decide o diagnostico.

O prognostico dos delirios eschizophrenicos é bom quando acompanhados de estados toxi-infecciosos evi-

dentes, mostrando serem epiphenomenos de uma molestia aguda. Será reservado sempre que se apresentar sem symptomatologia somatica apreciavel e forem repetidos com intervallos mais ou menos longos. Finalmente, o prognostico será máo toda vez que o delirio eschizophrenico se tornar chronico, com pronunciada inaffectividade, porque dahi se póde derivar uma demencia.

Os delirios eschizophrenicos são encontrados nas seguintes entidades nosographicas: confusão mental primitiva de Chaslin, de forma delirante estados confusionaes delirantes symptomaticos, eschizophrenia de Bleuler, demencia precoce de Kraepelin e em todos os estados demenciaes principalmente no periodo de estadio.

III - Delirios involitivos

Os delirios involitivos consistem em um automatismo do pensamento, que deixa de ser seleccionado, por insufficiencia de poder frenador. Determinam-se, provavelmente, por degenerações e necrobiose dos centros corticaes frenadores especializados, mas cuja localização é, em rigor, desconhecida. Todas as causas dos delirios eschizophrenicos podem provocar, tambem os delirios involitivos. E' crivel que a preferencia da eclosão de uns ou de outros dependa da natureza dos neuronios corticaes atacados pelas mesmas causas. Si forem os de zona frenadora, o delirio consequente será involitivo; si forem os de centros de associação, o delirio será eschizophrenico.

Os delirios involitivos caracterizam-se por associações de ideias paralogicas e infantis, hypoprosexia, superproducção imaginativa de caracter pueril, ás mais das vezes acompanhados de inaffectividade e amnesia de conservação.

O diagnostico differencial com os delirios eschizophrenicos é feito pela incoherencia que só nestes existe.

A interceptação é o signal clinico typico para denuncia-la. Com os delirios affectivos a diagnose differencial é facil, em virtude da intensa exaltação affectiva euphorica ou dolorosa que os caracteriza.

O prognostico é geralmente mau, porque taes delirios são, quase que exclusivamente, expressões de estados demenciaes*).

Os delirios involitivos apparecem nas demencias, em todos os estados de evolução. Talvez aqui poudessem ser incluidos certos estados de somnambulismo, pouco conhecidos, como as fugas pathologicas pithiaticas ou epilepticas.

IV — Delirios affectivos

Os delirios affectivos consistem numa associação que pode ir da fuga de ideias, apparentando a incoherencia, até o paralogismo do delirante systematizado, proveniente de uma superaffectividade euphorica ou dolorosa, que no primeiro caso origina uma desfrenação relativa e no segundo uma inhibição espontanea não seleccionante. São determinados por todas as causas moraes que abalam uma affectividade constitucionalmente meiopragicas. Talvez as causas toxi-infecciosas capazes de irritar o systema vago-sympathico possam fazer outro tanto em individuos não predispostos. Creio estar reservado para um futuro não remoto a prova dessa asserção.

Os delirios affectivos dividem-se em euphoricos e melancholicos. Os delirios euphoricos caracterizam-se por uma superfuncção da affectividade polarizada no prazer e exaggero de associação de ideias, com hypoprosexia reflectida, provocando exaltação da parsonalidade e concepções imaginativas ou raciocinantes de grandeza e poderio.

---

*) Digo quase que exclusivamente, porque como fiz ver no capitulo IV o pithiatismo seria explicado por uma mythomania (Logre), dependente de uma hypofrenação manifestada pela supersuggestibilidade que Babinski evidenciou.

Sempre os que surge de inopino, eu prognostico é bom. Quando, porem, elle rompe depois de uma longa evolução de delirio systematizado, é signal certo do apparecimento do periodo terminal do mesmo, transformando-se em megalomania.

Os delirios melancholicos caracterizam-se por uma superfuncção affectiva polarizada na dor, associação de ideias penosa e concentração de consciencia em pensamentos de tristeza e desgosto.

Quando apparecem com certa subitaneidade e violencia, o prognostico é bnm. Toda vez, porém que elle se fôr instaurando lentamente, ruma para a systematização e o prognostico será mau.

O diagonostico dos delirios affectivos faz-se, directamente pela superaffectividade do insano. A diagnose differencial com os delirios eschizophrenicos é feita pelas interceptações, ausencia absoluta de systematização e inaffectividade, que geralmente os acompanha. Com os delirios involitivos o diagnostico differencial é realizado pela puerilidade do pensamento, *sem incoherencia*, hypoprosexia, as mais das vezes acompanhada de inaffectividade e de amnesia de conservação.

Os delirios affectivos de typo euphorico apresentam-se na phase de auphoria da psychose maniaco-depressiva, nas psychoses epilepticas, no periodo de grandeza dos delirios systematizados e nos delirios episodicos polymorphos dos degenerados.

Oe delirios affectivos de typo melancholico exhibem-se nas seguintes molestias mentaes: phase depressiva da psychose maniaco-depressiva, psychoses epilepticas, estados phobicos dos psychastenicos e nos dois primeiros periodos de toda cohorte dos delirios systematisados: delirio de Magnan, delirios de interpretação de Serieux e Capgras, delirio systematizado halucinatorio de H. Roxo, paraphrenias e paranoia de Kraepelin, etc.

V — Vantagens e utilidade desta classificação.

Não farei a prova da importancia das classificações nas sciencias e na psychiastria em especial. Seria ocioso. Vou tratar, apenas, do estudo das vantagens da classificação apresentada e das utilidades que dahi decorrem. Synthetizarei este pensamento nas seguintes considerações:

1.º — Esta classificação applica a psychologia ás molestias mentaes e reduz o grande numero de formas delirantes a tres unicas categorias.

E' facil comprehender as vantagens destes dois factos. Na introducção deste trabalho evidenciei o valor inestimavel da psychologia no progresso da psychiatria moderna e salientei como, pela derivação successiva e hierarchica das sciencias, a psychologia é o alicerce fundamental da investigação psychiatrica, da mesma forma que a physiologia é o apoio de inquebrantavel resistencia em que se arrima toda a construcção da medicina somatica. Portanto, uma classificação dos delirios, essencialmente psychologica, obedece á directriz actual que principia a reger a psychiatria e favorece solidamente o seu desenvolvimento.

Além disso, as classificações até agora apresentadas por diversos autores, não são presididas pelo criterio psychologico mas derivam-se de signaes clinicos sempre instaveis e cambiantes. As dez categorias de Séglas, que Julio de Mattos reduziu a quatro, são apenas, um simples enunciado das apresentações clinicas dos delirios, sem nada informar do seu mechanismo psychopathogenico e não prevendo as formas combinadas, como por exemplo: delirio de ciume com perseguição, mysticismo com ideias eroticas, perseguição com mysticismo. As classicações de Ball e Ritti sujeitam-se á mesma critica. Das duas classificações de Morselli, uma é puramente didactica e outra, apesar de ser psychologica, não salienta a influencia decisiva da affectividade,

na determinação dos delirios, e não obedece ao criterio que a deveria reger: *percepção immediata* e *inferencia* podem ser processos psychopathologicos, mas, *symbolismo verbal* é uma pura expressão clinica que nada informa sobre o mechanismo pathogenico. Além do que, como já foi concluido, os delirios de recepção reduzem-se aos delirios associativos.

A classificação que apresento respeita, ao contrario, uniformemente o criterio psychologico em todas as divisões e subdivisões.

2.º — Mostra ainda, que o proteiforme aspecto clinico dos delirios é enganoso, porque a sua psychopathologia é unitaria, diversificando-se apenas, em tres modalidades: eschizophrenicos, involitivos, e affectivos.

3.º — Esta simplificação facilita o diagnostico da molestia mental, orientando melhor a therapeutica e favorecendo as novas investigações clinicas e labotoriaes que se fizerem.

4.º — Demonstra tambem o valor secundario das formas clinicas dos delirios, como guia do tratamento em psychiatria.

5.º — Finalmente, a classificação apresentada evidencia o alto valor que desempenham as perturbações affectivas, talvez condicionadas a dysfuncções vago sympathicas na psychogénese dos delirios. Ora, a entidade clinica psychiatrica essencialmente affectiva é a psychose maniaco-depressiva de Kraepelin. Dest'arte, fazendo exclusão dos estados degenerativos typicos, demenciaes e confusionaes (em que os delirios são eschizophrenicos e involitivos), a psychose maniaco-depressiva torna-se o lastro psychologico em que se fundamentam todas as outras molestias mentaes.

E o que affirmo virá em apoio da opinião de muitos autores: Specht reduz todos os delirios systematizados paranoicos á psychose maniaco depressiva. Alguns autores, como assignala Régis, observam formas periodicas

da paranoia (Mendel, Kausch, Meschele), outros encontram typos paranoicos na psychose maniaco-depressiva (Kraepelin, Bleuler). A. Pilcz de Vienna, referindo-se a formas circulares da neurasthenia, descriptas por Dunin e Sollier, diz considera-las como formas attenuadas da loucura periodica.

Tudo isso parece estar incluido no grande capitulo da cyclothymia que se abre promissoramente em psychiatria e de que, já em 1911 o Professor Bagenoff de Moscow fazia um magistral estudo de introducção.

Taes, em rapida synthese, as vantagens inherentes á classificação psychologica dos delirios.

VI — Classificacão das formas clinicas

Completarei aqui a analyse psychologica das formas clinicas de delirios, com uma classificação das mesmas, tambem pelo criterio psychologico.

Dividi-las-ei, primeiramente, em dois grandes generos: *inaffectivas e affectivas* O primeiro refere-se aos delirios involuntarios ou incoherentes em estados adeantados de demencia, em que um grande *deficit* da affectividade deixa as ideias delirantes com um minimo de tonalidade affectiva. O segundo abrange todos os outros.

Quanto á symptomatologia distingo formas *euphoricas e melancholicas*, subdivididas, consoante as tendencias instintivas, para obedecer os dois factores psychologicos mais importantes que no capitulo anterior foram destacados como os determinadores das formas clinicas dos delirios.

Para ser completo criei o grupo das formas *combinadas* que geralmente não são descriptas, embora de frequente observação na pratica.

Quanto á evolução, separo entre os delirios systematizados as formas *completas* das *incompletas*. Considero a multiplicidade dos delirios systematizados, que

os autores têm isolado, como uma unica entidade psychopatologica e clinica em difierentes estádios de evolução. Claro está que o cyclo evolutivo pode deter-se em qualquer momento, como formas abortadas, mas ninguem poderá jamais prever com segurança pelo exame de um delirante systematizado, si o desenvolvimento de seu mal vae estacionar numa ou noutra das phases de perseguição, megalomania ou demencia.

VII — Conclusões

Este capitulo que já é, por si só, uma conclusão da analyse psychologica dos delirios, dispensaria o enunciado de inferencias.

Fiel, porém, ao methodo seguido neste trabalho, formularei nas seguintes proposições, o estracto da classificação dos delirios:

I

Todos os delirios, sob o ponto de vista psychopathogenico, classificam-se em eschizophrenicos (por falsas contiguidades associativas), involitivos (por desfrenação) e affectivos (por superaffectividade).

II

Os delirios affectivos subdividem-se em euphoricos (superaffectividade polarizada no prazer) e melancholicos (superaffectividade polarizada na dôr).

III

Todos os delirios secundarios, sob o ponto de vista psycho-semiologico, classificam-se em perceptivos, imaginativos e raciocinantes.

IV

Com exclusão das degenerações typicas, estados confusionaes e demencias, parece que a psychose maniaco-depressiva é o fundo psychologico de todas as molestias méntaes.

IV. — Classificação psychologica das formas clinicas dos delirios

- **Formas clinicas dos delirios**
  - *Ineffectivas* . . . . . Delirios de incoherencia confusionaes e demenciaes.
  - *Affectivas*
    - *Quanto á symptomatologia* . . .
      - Simples.
        - Euphoricas . . . .
          - Egoisticas — . . . . . Megalomania
          - Altruisticas — . . . . . Prophetismo, revolucionarios.
          - Genesicas — . . . . . Erotismo
        - Melancholicas . .
          - Egoisticas — . . . . . Perseguição, reivindicação, culpabilidade, ruina, hypochondria, negação, enormidade.
          - Altruisticas — . . . . . Reivindicação social, revolucionarios, magnecidas, mysticismo.
          - Genesicas — . . . . . Ciume, delirio de posse.
      - Combinadas . . . . . .
        - Egoistico-genesicas — . . . Ciume com perseguição, erotismo com reivindicação.
        - Egoistico-altruisticas — . . Mysticismo erotico.
        - Altruistico-genesicas — . . Perseguição com mysticismo.
    - *Quanto á evolução* . .
      - Generalizadas . . . . . Delirios demenciaes de inicio, psychosicos e dos degenerados
      - Systematizadas
        - Incompletas . . . .
          - Evolução até a ~~demencia~~ — Delirio systematizado hallucinatorio chronico de H. Roxo.
          - Evolução até a grandeza — Delirio de Falret, forma systematica da paraphrenia e paranoia de Kraepelin.
        - Completas . . . . .
          - Evolução até a demencia — Delirio de Magnan, forma paranoide de demencia precoce de Kraepelin.

perseguição

CAPITULO VI

Synthese psychologica dos delirios

I — Synthese geral. II — Conclusões finaes

I — Synthese geral

Chegando ao termo deste trabalho, expôrei syntheticamente, em poucos periodos, a psychologia das perturbações delirantes. Tendo em vista a finalidade psychiatrica deste estudo, adaptarei a presente synthese ao methodo habitual das sciencias medicas, indicando os dados psychologicos dos delirios, respectivamente, na etiologia, pathologia, anatomia pathologica, symptomatologia, diagnostico, evolução e prognostico.

A *etiologia* dos delirios reside em todas as causas capazes de determinar inhibições reflexas, processos inflammatorios, degenerativos ou necrobioticos, nos neuronios corticaes associativos e frenadores ou ainda, provavelmente, no systema vago-sympathico. Conhece-se da pathologia geral toda a gamma desses agentes pathogenicos: intoxicação, infecções parasitoses, traumatismos, inanição, agentes physicos, emoções desproporcionadas á resistencia funccional nervosa do organismo.

A *pathogenia* dos delirios consiste em tres processos psychologicos: alteração das contiguidades associativas, exaltação da associação de ideias, por desfrenação ou estimulo affectivo euphorico, e inhibição da mesma por superaffectividade dolorosa.

Dessa pathogenia deriva-se a classificação psychologica dos delirios em tres especies: eschizophrenicos,

involitivos e affectivos, estes ultimos subdivididos em euphoricos e melancholicos.

A pathogenia da systematização dos delirios fundamenta-se na inhibição affectiva.

A *anatomia pathologica*, até agora, tem verificado lesões degenerativas ou necrobiose de cellulas corticaes (Klippel, Lhermitte, Dunton) em casos de delirios eschizophrenicos e involitivos. Quanto aos delirios affectivos, pouco ou nada se tem encontrado no cerebro, ao passo que algumas lesões foram apontadas por varios autores, para o lado do systema vago-sympathico.

A *symptomatologia* dos delirios apresenta-se como perceptiva (illusões e hallucinações), imaginativa (fabulação) raciocinante (interpretação), ou ainda global (incoherencia).

A incoherencia apparece nos delirios eschizophrenicos. Os delirios involitivos e affectivos exhibem todas as outras variedades symptomaticas.

As *formas clinicas* dos delirios differenciam-se pela tonalidade affectiva que as acompanha, no seu duplo aspecto de esteriorização das tendencias instintivas e bi-polaridade de dôr e prazer.

O *diagnostico* dos delirios é feito pelo exame psychologico das funcções: affectividade, associação e frenação.

Evolução — Os delirios eschizophrenicos quando se repetem ou chronificam evolvem para a demencia. Os delirios involitivos são quase sempre expressões de demencia e, portanto, tendem para o aniquilamento da mentalidade. Os delirios affectivos que se iniciam inopinadamente tendem para a cura. Particularmente, os delirios affectivos melancholicos quando principiam de maneira insidiosa, evolvem para a chronicidade e systematização.

Consequentemente, de uma maneira muito geral, póde synthetizar-se o *prognostico* dos delirios dizendo que elle aug-

menta de gravidade passando dos delirios affectivos aos eschizophrenicos e destes aos involitivos. Em particular, os delirios affectivos e melancholicos são de mau prognostico sempre que se systematizam.

II - Conclusões finaes

Recapitularei por ordem, neste paragrapho, as conclusões a que tenho chegado:

INTRODUCÇÃO

I — A psychologia é a sciencia fundamental da psychiatria e todo desenvolvimento desta decorre do progresso daquella.

OS LIMITES DA LOUCURA

II — Loucura é a variação psychica que determina a perda ou restricção da adaptação do organismo á ambiencia, diminuindo ou abolindo a conservação ou o desenvolvimento, quer seja do individuo, quer seja principalmente da especie.

III — A incoherencia e a amnesia de conservação são signaes certos de loucura.

IV — Fóra da incoherencia e da amnesia de conservação, todas as variações psychicas podem ser physiologicas ou pathologicas, differindo estas daquellas, unicamente, em intensidade.

V — O exame das funcções psychicas não pode servir de criterio generico para limitar a loucura.

VI — O unico criterio generico para limitar a loucura é a apreciação da obediencia ou desobediencia do individuo á lei geral da conservação e evolução da vida.

VII — O exame das funcções psychicas é *sufficiente* para a diagnose da loucura nos seguintes dois casos:

1.° quando revelar incoherencia na associação de ideias ou amnesia de conservação;

2.° quando, não havendo incoherencia nem amnesia de conservação, apresentarem-se outras variações psychicas de *grande intensidade* e que satisfizerem as seguintes condições:

a) a ausencia de causa apparente,

b) concomitancia de dois ou mais symptomas,

c) persistencia dos mesmos.

VII — O exame das funcções psychicas é *insufficiente* para a diagnose da loucura nos seguintes dois casos:

1.° quando, não havendo incoherencia nem amnesia de conservação, apresentarem-se outras variações psychicas de *grande intensidade* e que não satisfizerem as seguintes condições:

a) ausencia de causa apparente,

b) concomitancia de dois ou mais symptomas,

c) persistencia dos mesmos.

2.° quando, não havendo incoherencia nem amnesia de conservação, apresentarem-se outras variações psychicas de *fraca intensidade*.

IX — Nos casos em que o exame das funcções psychicas fôr insufficiente para a diagnose da loucura, esta será difficilima e só poderá ser affirmada pelo estudo prolongado da vida do paciente e nas seguintes condições:

a) si as variações psychicas existentes prejudicarem a conservação ou o desenvolvimento do individuo (fracasso de vida, suicidio), sem contribuir para a conservação ou desenvolvimento da especie (subordinação ulterior de Spencer);

b) si as variações psychicas existentes attentarem contra a conservação ou o desenvolvimento da especie (amoralidade, deliquencia).

CONCEITO DE DELIRIO

X — Delirio é toda variação pathologica da funcção associativa que conduz a um conhecimento falso.

XI — Os disturbios da memoria, vida activa e affectividade não constituem delirio.

PSYCHOLOGIA DOS DELIRIOS

XII — A psychologia dos delirios é unitaria: desordem da associação de ideias.

XIII — Os delirios são primarios ou secundarios.

XIV — Os delirios primarios são determinados por alterações das contiguidades associativas, em virtude de degeneração ou necrobiose dos neuronios associativos, cuja localização cerebral é ainda desconhecida.

XV — Os delirios secundarios são determinados por desfrenação e por superaffectividade euphorica ou dolorosa

XVI — Os delirios por desfrenação dependem provavelmente de uma degeneração ou necrobiose de neuronios corticaes especializados na funcção frenadora, mas ainda não identificados anatomicamente.

XVII — Os delirios por superaffectividade parecem depender, provavelmente, de dysfuncções vago-sympathicas.

XVIII — Os delirios por desfrenação e superaffectividade euphorica consistem numa exaltação do automatismo associativo, sem selecção.

XIX — Os delirios por superaffectividade dolorosa consistem numa inhibição da associação de ideias, espontanea e não seleccionante, contraria ao poder frenador.

XX — Os delirios primarios expressam-se por illusões, hallucinações e incoherencia; os delirios secundarios expressam-se por illusões, hallucinações, fabulação e inferencia.

XXI — A psychologia da systematização dos delirios consiste numa inhibição affectiva.

XXII — As formas clinicas dos delirios dependem de tres factores psychologicos:

1.° — tendencias instintivas,

2.° — polaridade affectiva,

3.° — apersonalização ou transitivismo intellectual.

CLASSIFICAÇÃO PSYCHOLOGICA DOS DELIRIOS

XXIII — Todos os delirios, sob o ponto de vista psychopathogenico, classificam-se em eschizophrenicos (por falsas contiguidades associativas), involitivos (por desfrenação) e affectivos (por superaffectividade).

XXIV — Os delirios affectivos subdividem-se em euphoricos (superaffectividade polarizada no prazer) e melancholicos (superaffectividade polarizada na dôr).

XXV — Todos os delirios secundarios, sob o ponto de vista psycho-semiologico, classificam-se em perceptivos, imaginativos e raciocinantes.

XXVI — Com exclusão das degenerações typicas, estados confusionaes e demencias, parece que a psychose maniaco-depressiva é o fundo psychologico de todas as molestias méntaes.

INDICE

PAGINAS

INTRODUCÇÃO 3

Capitulo I

METHODO 12
I. Necessidade do methodo — 12. II. Apresentação do problema — 13. III. Exposição do methodo a seguir — 16. IV. Conclusões — 17.

Capitulo II

OS LIMITES DA LOUCURA 18
I Imprecisão do conceito de loucura — 18. II. Valor da definição — 20. III. O genero da loucura — 24. IV. Discriminação das funcções psychicas — 29. V. Escala psychica entre a hygidez e o morbido — 32. VI. Analyse dos limites da loucura — 41. VII O verdadeiro conceito de psychismo — 56. VIII. O criterio mais generico para limitar a loucura — 58. IX. Conclusões — 60.

Capitulo III

DO CONCEITO DE DELIRIO 63
I. Extensão dos delirios — 63. II. Delimitação do conceito de delirio — 64. III. Definição — 68. IV. Conclusões — 70.

Capitulo IV

ANLYSE PSYCHOLOGICA DOS DELIRIOS 71
I. O fundamento da analyse — 71. II. Psychologia dos delirios de recepção — 72. III. Psychologia dos delirios de associação — 74. IV. Unidade psychologica dos delirios — 197. V. Psychologia da systematização dos delirios — 109. VI. Psychologia das formas clinicas — 113. VII. Ensaio de interpretação psycho-physiologica — 116. VIII. Conclusões — 122.

Capitulo V

CLASSIFICAÇÃO PSYCHOLOGICA DOS DELIRIOS 124
I. Os fundamentos psychologicos — 124 II. Delirios eschizophrenicos — 129. III. Delirios involitivos — 130. IV. Delirios affectivos — 131. V. Vantagens e utilidade desta classificação — 133. VI. Classificação das formas clinicas — 235. VII. Conclusões — 136.

Capitulo VI

SYNTHESE PSYCHOLOGICA DOS DELIRIOS 138
I. Synthese geral — 138. II. Conclusões finaes — 140.

Errata

Aqui se encontram as correcções dos erros typographicos menos toleraveis. Outros de inferior importancia foram silenciados.

Paginas	Linha	Erro typographico	Corrigenda
13	5	Sel-o-á	Se-lo-á
14	9	tal com ella é	tal como ella é
14	15	phychologia	psychologia
16	1	fal-o-ei	fa-lo-ei
21	28	tel-a-emos	te-la-emos
25	15	altualmente	actualmente
26	29	um cohorte	uma cohorte
27	11	poder cortical	poder frenador cortical
27	14	donde;	donde:
27	35	inconsciencinte	inconsciente
35	30	corresdondentes	correspondentes
38	14	neuronal	neuronial
39	6 e 22	monodeismo	monoideismo
42	1 e 19	anciedade	ansiedade
42	8	Para julgamento raciocinio:	Para o julgamento e o raciocinio:
43	18	impossibilidade de os catalogar	impossibilidade de as catalogar
44	ultima	civilisação	civilização
45	26	paralytico geral ter sido	paralytico geral que dizia ter sido
46	16	concordamente	concordantemente
48	24	sujestibilidade	suggestibilidade
50	31	Ausensia de	Ausencia de
55	5	psychica:	psychicas
56	16	*a lei da oonservação*	*a lei da conversação*
59	25	contamição	contaminação
68	26	perceptivel	perceptiva
69	20	interceptiveis	imperceptiveis
70	15	Synthetisando	Synthetizando
77	penultima	interruptamente	ininterruptamente
84	11	sujestiva	suggestiva
87	14	expontaneamente	espontaneamente
87	25	mas, e inhibição	mas, a inhibição
87	penultima	conforme-mos	conformemos
89	33	impe-	imperio
93	11	oixos	eixos
99	2	creanco	creando
99	penultima	rhytmo	rhythmo
105	12	anterior	anteriormente
112	19	superaffectiridade	superaffectividade
121	12	anciosos	ansiosos
128	ultima	raciocinamentes	raciocinantes
130	5	máo	mau
132	24	auphoria	euphoria
137	2	*Ineffectivas*	*Inaffectivas*