

Patogênese

Paulo Palladini

Patogênese

uma introdução ao pensamento de Anibal Silveira


terceira margem

Copyright © Paulo Palladini, 2010

Nenhuma parte desta publicação pode ser gravada,
armazenada em sistemas eletrônicos, fotocopiada,
reproduzida por meios eletrônicos ou outros quaisquer
sem a autorização prévia da editora, do autor e colaboradores.

Direção editorial:

Lucia Coelho

Editoração:

Terceira Margem Editora

Arte de Capa:

Gustavo Palladini

INFOTHESES TESAURO E INFORMAÇÃO

Palladini, Paulo

Patogênese / Paulo Palladini - -

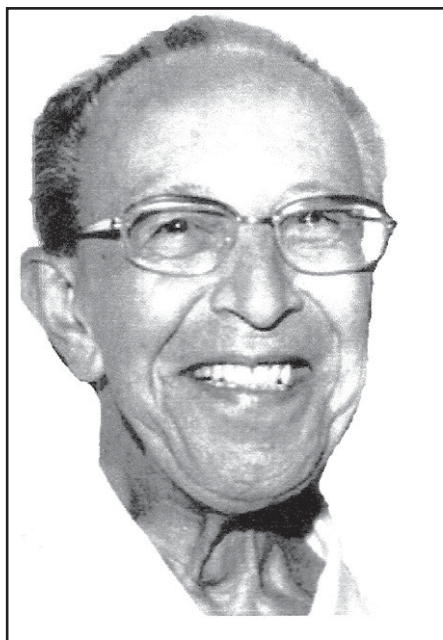
São Paulo : Terceira Margem, 2010

202p.

ISBN - 978-85-87769-93-0

1. Anibal Silveira
2. Processos Psicopatológicos
3. Psicose I. Patogênese II. Título

CDD 153



PROF. DR. ANIBAL SILVEIRA

*Dedico este livro
Aos meus pais Paulo e Genira;
À minha mulher Ana;
Aos meus filhos Gustavo e Paula*

*Agradeço em especial,
à Profa. Dra. Lucia Coelho.*

Sumário

Apresentação	13
Introdução	17
Anibal Silveira, um sábio na época moderna	21
Apresentação biográfica e bibliográfica	
Fundamento filosófico	37
O homem	
Espírito positivo	
Imaginação e observação	
Estática e dinâmica	
O método subjetivo	
Egoísmo e altruísmo, a moral positiva	
Leis estáticas e dinâmicas da inteligência	
Base biológica	51
Contribuições de Gall	
A patologia cerebral de Karl Kleist	
Paralelismo com a neuropsicologia de Luria	
A teoria psicológica de fundamento encefálico segundo Silveira	
Amadurecimento evolutivo do substrato do comportamento	
Base sociológica	69
Sociologia positiva	
Contribuições de Durkheim	
Contribuições de Roger Bastide	

Teoria da personalidade	81
Conceito de personalidade. Estímulo e regência	
Estrutura: afetividade, conação e inteligência.	
Funções psíquicas	
Dinâmica: interesse, motivação, atenção, memória,	
orientação, princípio de Audiffrent, emoção	
Percepção, teoria das imagens de Pierre Laffitte,	
noção, idéia, simbolização	
Critério patogênico	113
Conceito de patogênese	
Patogênese geral e especial	
Ciclo heredológico	
Sintoma, quadro clínico, entidade clínica	
Participação da carga genética nos quadros clínicos	
Psicoses diatéticas	
Classificação genética das desordens mentais	
Psicopatologia pela patogênese	127
Conceito	
Cooperação seletiva, regência e alternância funcional	
Ação de suplência e desordem de repercussão	
Psicopatologia geral das esferas afetiva, conativa e intelectual	
Psicopatologia especial: esquizofrenia,	
grupo maníaco-depressivo, epilepsia, oligofrenia,	
psicoses diatéticas, personalidades psicopáticas, neuroses	
Semiologia psiquiátrica	161
Conceito	
Anamnese objetiva e subjetiva	
Dados heredológicos	
Exame psíquico	
Semiologia do caráter	

Terapia	173
Conceito	
Terapias bio-psicológicas e socio-psicológicas	
As terapias socio-psicológicas: psicoterapia e socioterapia	
Glossário	193

Apresentação

Neste livro, intitulado “Patogênese – uma introdução ao pensamento de Anibal Silveira” – o autor não se limita a expor as concepções de Anibal Silveira sobre os processos psicopatológicos que norteiam a conduta clínica na área dos transtornos mentais. Esta já seria uma tarefa imensa a ser realizada por um psiquiatra, antigo aluno deste eminente psiquiatra brasileiro. O propósito de Paulo Palladini é mais ambicioso, pois ele considera que “um livro sobre Anibal Silveira deve abranger, em especial, seus conceitos e métodos, os estudos cerebral e social, a teoria de personalidade, o critério patogênico, a psicopatologia”.

Com razão, ele constata que a atividade clínica desenvolvida por Silveira apóia-se em um modelo teórico do psiquismo humano, cuja construção abrange diferentes áreas do conhecimento, além da psicopatologia: filosofia, sociologia, biologia, psicologia. Porém, a análise pertinente do papel destes diferentes campos de conhecimento na elaboração do modelo silveriano exigiria o concurso de diferentes especialistas. A simples leitura de textos de autores de cada uma destas áreas não é suficiente para a compreensão das implicações e inovações contidas em um modelo tão complexo como o de Silveira. O autodidata, isto é, sem formação acadêmica em uma destas diferentes áreas, cuja leitura foi feita sem a direção de um especialista, corre um imenso risco em seus julgamentos e reflexões, pois tem apenas como orientador alguém muito ignorante neste assunto: ele próprio. Daí a dificuldade da tarefa proposta neste livro.

Uma vez constatada esta dificuldade, qual a decisão a ser adotada? Anula-se o trabalho árduo realizado pelo autor deste livro, na espera de encontrar os diferentes especialistas dispostos a colaborarem neste empreendimento? Não acho que este deva

ser o caso por dois motivos principais: primeiro, pelo fato desta espera ter-se tornado demasiadamente longa, devido aos escrúpulos exagerados dos discípulos mais diretos de Silveira, desencorajados pela complexidade desta obra. Deste modo, sem se darem conta, eles acarretam o prejuízo ainda maior de levar ao esquecimento uma contribuição científica tão fundamental para o avanço de um conhecimento ainda tão precário em nosso meio e tão controverso em outros países: o da natureza específica do psiquismo humano, em suas expressões normais e patológicas. Em segundo lugar, esta omissão facilitaria o trabalho dos opositores a priori das notáveis contribuições de Silveira. Esta rejeição decorre da má fé ou da ignorância de alguns profissionais que atualmente ocupam posições dominantes em nosso meio acadêmico.

Porém, a razão mais ampla desta desconfiança oficial decorre da confusão histórica, que ainda permanece em nosso meio, sobre os princípios filosóficos do positivismo tal como é concebido por Silveira. De fato, rotula-se como positivismo, tanto o empirismo ingênuo, como o materialismo grosseiro e mesmo o reducionismo naturalista para a explicação de fenômenos mais complexos de ordem social e psicológica. Este tipo de positivismo popular é o representado por Littré e seus seguidores, que em uma leitura parcial da obra de Augusto Comte – Curso de Filosofia Positivista – pretenderam construir um método objetivista no qual a observação concreta e a quantificação de dados bastassem para explicar as reações de todos os seres vivos, inclusive dos seres humanos. Entretanto, este enfoque filosófico foi criticado pelo próprio Comte ao criar a Sociologia e a Moral pautada no método subjetivo. A tese do caráter relativo e histórico das construções científicas elaboradas do ponto de vista do ser humano no decorrer da história individual e da espécie, foi desenvolvida mais amplamente por Comte em sua obra Sistema de Política Positivista.

Neste sentido, o critério sócio histórico adotado por Silveira ao construir seu modelo do psiquismo humano se aproxima

mais de teorias que adotam a concepção sistêmica evolutiva como a de Audiffrent, e mais tarde, de Vygotski e Luria. Todas elas influenciadas direta ou indiretamente pelo positivismo que não se identifica com o empirismo ou com o reducionismo naturalista. O desconhecimento da obra completa de Augusto Comte leva a estes pré julgamentos, tão corrente entre os autores que rejeitam o positivismo confundido-o sobretudo com o empirismo quantitativista, ou como designa Bachelar, o método da balança, já denunciado pelo próprio Comte.

Outro aspecto a ser considerado em defesa ao texto aqui apresentado consiste no fato de seu autor limitar-se a expor por extenso alguns trechos significativos da obra publicada de Silveira, complementados por esquemas elaborados por Silveira de modo a elucidar e sintetizar seu pensamento. Complementa ainda as suas informações com notas de aula dos cursos administrados por Silveira e seus assistentes e com textos escritos em livros e em teses acadêmicas, devidamente aprovados por Silveira e elaborados por alguns de seus antigos discípulos. De modo didático e objetivo, Paulo Palladini não se dispersa na consideração de aspectos polêmicos provocados pelas concepções originais de seu mestre, evita modestamente fazer suposições pessoais, colocando-se no papel de expositor imparcial de uma teoria extremamente sutil e complexa. Se por vezes tece algumas considerações que se afastam da teoria por ele exposta, ele o faz guiado pela sua própria experiência pessoal, exercendo o grau de liberdade concedido por toda construção científica, pois, caso contrário, tratar-se-ia de uma doutrina religiosa formada por dogmas inquestionáveis. Apenas no último capítulo sobre Terapia, o autor afasta-se do texto de seu mestre e expõe sua contribuição particular na elaboração da técnica de intervenção para o tratamento de transtornos mentais de diferentes ordens.

O esforço e tenacidade do autor em seu empenho para completar seu trabalho é coerente com seu curriculum profissional no qual encontramos uma variedade de intervenções no campo social e no exercício da psiquiatria clínica.

Certamente este livro receberá críticas dos opositores tradicionais de Silveira, e talvez mesmo de alguns membros de sua Escola, mas tal fato não afetará o valor intrínseco desta contribuição para a difusão de uma concepção teórica tão atual e fértil em suas aplicações e sugestões, permitindo assim o prosseguimento de investigações experimentais pautadas neste modelo científico. Assim, a sua leitura é indispensável a todos aqueles que se interessam pelo tema, servindo de iniciação ao estudo dos processos envolvidos no psiquismo humano.

LUCIA COELHO

Introdução

PATOGÊNESE foi concluído em 2002, ano do centenário de nascimento de Anibal Silveira. Dezenas de revisões mais tarde, sua publicação ocorre 29 anos depois de sua morte, quando completo igual período de militância, como psiquiatra, no campo da saúde mental. O livro reflete minha visão do legado de um dos maiores mestres da psiquiatria brasileira; reflete minhas escolhas dentro do vasto território que explorou e procura, ao mesmo tempo, ser a descrição mais fiel possível de seu pensamento. Quis torná-lo a correta expressão de uma concepção psiquiátrica singular. Teoria da prática, prática da teoria. Durante sua elaboração não revelei o conteúdo a ninguém. Sob relativo isolamento intelectual em Mococa, interior de São Paulo, recusei conscientemente qualquer influência externa. Seus acertos e erros, portanto, são de minha total responsabilidade.

Conforme penso um livro sobre Anibal Silveira deve abranger, em especial, seus conceitos e métodos, os estudos cerebral e social, a teoria da personalidade, o critério patogenético, a psicopatologia.

A ciência básica da psiquiatria é a psicopatologia. Karl Jaspers, (1973), seguindo a trilha indicada por Dilthey, estabeleceu como métodos psicopatológicos a explicação e a compreensão. Explica-se a causa, a origem, a doença; compreende-se o sentido, o significado, a pessoa. O método explicativo apreendi do critério patogenético de Anibal Silveira, que embora em menor grau é, também, compreensivo.

Este livro é uma introdução ao pensamento psiquiátrico de Silveira, ao estudo do *critério patogenético* em psicopatologia, sua principal contribuição à psiquiatria. É uma homenagem ao grande mestre que ele foi e uma síntese de suas principais concepções. Tem algo de didático para quem não está familiarizado com sua obra. É uma tentativa, todavia imperfeita, de sistematização. Silveira publicou muito, mas não chegou a

sistematizar seus trabalhos, dispersos em centenas de publicações. Foram contabilizadas 425 publicações de sua lavra.

Para começar é imprescindível, ao falar dele, falar do positivismo de Auguste Comte. Barahona Fernandes (1966), testemunha em *Filosofia e Psiquiatria* que o mestre do Juqueri foi um dos últimos representantes do positivismo ortodoxo. Contudo, nunca exigiu de ninguém adesão à doutrina filosófica de Comte, seja para estudar, seja para aplicar o critério patogenético.

Minha leitura de Silveira reflete muitas escolhas de caráter pessoal e o modo como fui assimilando seu pensamento à minha práxis psiquiátrica. É conhecimento sedimentado ao longo de 25 anos ininterruptos de trabalho e estudo. Bochenski (1975) nos lembra que o próprio Husserl considerava-se um positivista por ter fundado a filosofia fenomenológica sobre aquilo que está dado.

Meus estudos básicos e minhas vivências clínicas fundamentais ocorreram desde a residência em psiquiatria no Hospital de Juqueri, sob orientação direta do professor Anibal Silveira e sua Escola. Eram os anos de 1978 a 1985. Passava os dias entre o Pavilhão Escola, os plantões nas rotundas, as visitas às colônias e à biblioteca. Quase todas as tardes, na calma daquele salão de leitura com vista para o jardim central, sentava-me defronte à estante que pertencera a Franco da Rocha, o fundador do Juqueri. Rodeavam-me, encadernadas em couro, edições originais dos principais construtores da psiquiatria: Kraepelin, Bleuler, Kleist, Meyer, Freud, von Monakow e muitos outros. O assoalho estalava e rangia. Emoldurada na parede, silenciosa testemunha, ficava a carta em que Freud agradece a Osório Cesar, psiquiatra do hospital, o envio de artigos para a revista *Imago*.

Naqueles anos estudei profundamente a teoria da personalidade e a psicopatologia pelo critério patogenético. Aos poucos uma psiquiatria de feição humanista e social foi tomando forma, e culminou na implantação do primeiro *lar abrigado* para pacientes psiquiátricos no Juqueri em 1984 (Palladini, 2000).

O objeto do presente livro é o pensamento de Silveira, está centrado nele. Tomei por base a teoria da personalidade desenvolvida pelo professor e magistralmente apresentada por Lucia Coelho (1980), sua discípula e amiga. Compulsei seus principais artigos publicados, bem como aqueles apresentados em congressos e outros eventos científicos. Acrescentei notas de aulas tomadas por alunos em diversos cursos e épocas, especialmente nos anos de 1954 e 1971, e também anotações feitas por mim entre 1978 e 79. Como aconselhava, procurei ir do geral para o particular, do todo para as partes. Questão de método.

A teoria de Silveira, por ser sistêmica, abrange três níveis de integração do indivíduo: o biológico, o psicológico e o sociológico. Partindo da teoria sociológica positiva e do conhecimento estrutural e funcional do encéfalo ele concebeu uma teoria da personalidade. O nível psicológico decorre da interação dos níveis biológico e sociológico; não existe em si mesmo. Não há personalidade sem cérebro, nem sem sociedade e cultura. Silveira desenvolveu em psicopatologia o critério patogenético, em que as desordens são estudadas em relação a esferas e sistemas psíquicos e cerebrais. Formou no Brasil uma escola psiquiátrica original, embora não reconhecida em toda a sua importância. Aplicou o método subjetivo, que consiste na apreciação sintética da realidade humana e na centralidade do homem considerado socialmente: o homem existe em relação com o mundo, este depende de um sujeito que o perceba. A unidade do mundo é, portanto, subjetiva. Os objetos-em-si-mesmos simplesmente não podem ser apreciados. Silveira vai do complexo para o simples e da dinâmica para a estática. A relação homem-mundo é tal que o homem cria e transforma o mundo, e é por ele criado e transformado. Esse método rejeita toda interpretação absoluta, e adota uma visão necessariamente relativa; abandona a procura de causas iniciais e finais, e adota a condição humana como partida e como chegada. Aprecia o que está dado, posto, colocado. *Positus*. Silveira ainda aconselhava ir do paciente

para os livros, substituindo sempre a imaginação pela observação, buscando esclarecer as relações entre os fenômenos e, se possível, estabelecer leis gerais do comportamento humano.

Dele, mestre incomparável, escreveu Haim Grunspun (1980), que “o culto do saber era seu prazer na vida”. Justa apreciação. Espero poder demonstrá-lo ao longo destas páginas.

O livro começa pela apresentação biográfica e bibliográfica de Anibal Silveira, segue com o fundamento filosófico de sua obra, estabelece as bases biológica e sociológica, detém-se na teoria da personalidade, e define o critério patogenético. A seguir aborda a psicopatologia e a semiologia pelo ângulo da patogênese, e conclui com um capítulo sobre a terapia sócio-psicológica aplicada à realidade humana. Para finalizar traz um glossário dos principais termos silveirianos e outros correlatos.

Referências bibliográficas

- BARAHONA F., *Filosofia e psiquiatria*. Coimbra: Atlântica, 1966.
- BOCHENSKI I. M., *A filosofia contemporânea ocidental*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1975.
- COELHO L. M. S., *Epilepsia e personalidade*. São Paulo: Editora Ática, 1980.
- GRUNSPUN H., *Trem para o hospício*. São Paulo: Livraria Cultura Editora, 1980.
- JASPERS K., *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1973.
- PALLADINI P., *Uma contribuição paulista à reforma psiquiátrica: o lar abrigado*. Cultura Vozes, 94 (4): 132-141, 2000.

Anibal Silveira, um sábio na época moderna

Apresentação biográfica e bibliográfica

Na feliz expressão de Lucia Coelho, (1980a), Anibal Silveira foi um sábio na época moderna.

Posso vê-lo em seu escritório no Pavilhão Escola do Hospital de Juqueri, a porta entreaberta, a cabeça inclinada sobre o último sonho: o projeto do curso de pós-graduação em psiquiatria pelo qual lutava desde 1977. Era o ano de 1978, e eu começava minha formação psiquiátrica sob a orientação positiva do mestre Anibal Cipriano da Silveira Santos; ou Anibal Silveira, ou ainda professor Anibal, como os discípulos o chamavam.

Nascido na cidade paulista de São Roque em 17 de março de 1902 durante meio século este humanista, psiquiatra e professor construiria no Brasil uma escola psiquiátrica original. Seu pai chamava-se Joaquim da Silveira Santos, era professor de português e, quando a mulher Amélia Augusta morreu, mudou-se com a família para Piracicaba, onde imaginava poder cuidar melhor dos oito filhos. Anibal era, então, uma criança. Apesar da morte precoce da mãe ele teve, apoiado na dedicação paterna, uma infância tranquila e segura (Neves, 1982). Na cidade de Piracicaba formou-se pela Escola Normal Oficial em 1921; terminou de completar os estudos básicos no Ginásio do Estado da Capital em 1924, onde graduou-se bacharel em ciências e letras. Em 1925 ingressou na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (Silveira, 1941). Já durante o curso médico publicava artigos na imprensa, e trabalhou como revisor do jornal Correio Paulistano. Sustentava-se, e financiava os estudos com seu próprio trabalho. Teve sete irmãos: Clotilde

Sophia, Hildebrando Cesar, Carolina, Paulo Trajano, Circe, Augusto Graco e Paulo Ricardo.

Em 1927 publicou seu primeiro estudo com orientação neuro-psiquiátrica: *Eugenismo do aborígine* (Silveira, 1927). Era um período histórico delicado, quando o centro do debate político estava ocupado por propostas de mudanças legais, que visavam introduzir no Brasil princípios eugênicos de nítida inspiração totalitária; de caráter nazi-fascista. Profundo conhecedor da genética humana, no ano seguinte Anibal entraria na polêmica insurgindo-se contra o que denominou “as ilusórias aplicações dos princípios da genética à legislação médico-social” (Silveira, 1928). Nas suas publicações destacava a complexidade dos problemas humanos, e sempre defendeu a primazia das “qualidades subjetivas” sobre a constituição somática. Não admitia o uso da genética para fins de discriminação fosse de que natureza fosse. Esta seria sua primeira manifestação pública contra abusos de natureza totalitária. Mais tarde, em 1959, criticou severamente a frouxidão do conceito de esquizofrenia devido a Kurt Schneider, do qual decorria um diagnóstico de graves implicações pessoais, familiares e sociais (Silveira, 1959):

“... isto na Alemanha de quando já estava em vigor a lei de combate à difusão de doenças hereditárias, onde se impunha esterilização em face de uma lista de estados mórbidos na qual a esquizofrenia representava o segundo item. Mesmo sem levar em conta essa aberração nazista sancionada em julho de 1933, pelo aspecto de prática clínica tal imprecisão de conceito se tornou prejudicial”.

De espírito humanista, ainda estudante, Silveira ocupava o pouco tempo livre como interno voluntário no Serviço de Clínica Médica da faculdade, sob a direção do professor Ovídio Pires de Campos. No último ano do curso médico, já grande conhecedor da doutrina positivista de Auguste Comte, decidiu-se pelo estudo da mente humana e das doenças mentais. Foi

para o Hospital de Juqueri na condição de interno acadêmico, e concluiu ali sua formação médica com a tese inaugural *Da Clínica psiquiátrica e do ambulatório de higiene mental*, defendida em 28 de janeiro de 1931 na Faculdade de Medicina de São Paulo (Silveira, 1931). Compunham a banca examinadora os professores Ovídio Pires de Campos, Enjolras Vampré e A de Almeida Prado. Nela Silveira já propunha a organização de clínicas abertas de moléstias mentais, as clínicas psiquiátricas, localizadas entre o grande hospital de crônicos e a comunidade. Estas deveriam proporcionar acesso fácil e rápido da clientela, diagnóstico e tratamento precoces e internamento em hospital fechado como último recurso. Via nessa assistência “o valor de verdadeira obra social, tornando-a extensiva ao maior número, praticamente à quase totalidade, de doentes mentais”, e evitando “em grande parte dos casos a passagem para o estado crônico”. É nessa tese inaugural que utiliza pela primeira vez a expressão *psiquiatria social*.

A partir dessa época já dirigia seu interesse para o estudo das correlações entre cérebro e mente por um lado, e mente e sociedade por outro. Em 1934 publicaria *Syndromo do lobo frontal* seguido de *As funções do lobo frontal* em 1935. Na mesma linha de trabalho escreveria *Campos arquitetônicos do lobo frontal e funções da inteligência* (1937a) e *Lesões casuais e lesões sistemáticas do cérebro nas doenças mentais* (1937b). Em todas essas pesquisas estabelece correlações entre estrutura cerebral e sintomas psíquicos. Distinguiu os sintomas decorrentes de lesão intrínseca ao lobo frontal daqueles oriundos da repercussão de lesões de outras regiões cerebrais. Sempre embasado em observações clínicas pessoais, através do método anatomo-clínico, concluiu que “a gravidade das perturbações mentais não depende da etiologia da lesão nem da natureza do processo patológico, mas da topografia e da extensão dele no cérebro”.

Ainda na década de 30 publicaria vários artigos sobre a síndrome de automatismo mental de Clérambault (Silveira,

1935b, 1936a,b) a que reputava importante valor semiológico. Em 1937 deu início à série de estudos sobre tratamentos biológicos de esquizofrênicos. *Contribuição para o tratamento convulsivante nos esquizofrênicos*, publicado em cinco partes, de 1937 a 40, despertou o interesse do criador do método no outro lado do Atlântico, o professor Ladislaus von Meduna de Budapeste. Carta de 16 de outubro de 1937 atesta as relações entre os dois pesquisadores (Silveira, 1941):

“Muito prezado colega

Com grande interesse li suas últimas comunicações e diria que acho seus resultados quasi maravilhosos. As indicações que o Sr estabelece para a insulina e para o cardiazol constituem até agora as mais precisas que apareceram na Europa. Até o aparecimento de suas publicações sabíamos apenas que o método do cardiazol era indicado particularmente para os casos estuporosos. Somente após o seu trabalho pude eu próprio fazer idéia mais clara a respeito. Como infelizmente a literatura de ultramar quase nunca é lida na Europa, aconselho-o a publicar também aqui, por extenso, em inglês ou alemão, seu interessante trabalho. Seria grande pena se a ciência européia tivesse de se privar desses trabalhos devido às dificuldades de língua. Firmo-me com a expressão de minha particular consideração e com alto apreço.

seu admirador von Meduna”

Meduna viajaria ao Brasil em 1939, para visitar Silveira no Hospital de Juqueri, e estreitar os laços pessoais e científicos entre os dois. Na ocasião declarou que o pesquisador brasileiro era quem melhor compreendia e aplicava aquele método terapêutico em pacientes esquizofrênicos.

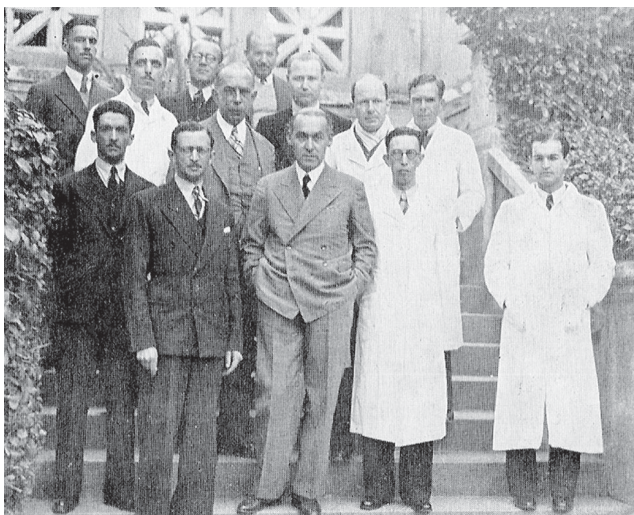


FOTO 1. VISITA DO PROFESSOR VON MEDUNA AO HOSPITAL DO JUQUERI.

ELE APARECE NA PRIMEIRA FILA AO CENTRO. À SUA ESQUERDA O PROFESSOR ANIBAL SILVEIRA.

(ARG. ASSIST. PISCOPATAS DE SÃO PAULO, 1939).

Referência fundamental na biografia científica de Anibal Silveira é Karl Kleist, cujas concepções sobre a esquizofrenia e as psicoses degenerativas o brasileiro sistematizou. A primeira citação que fez do autor alemão apareceu em 1935 no artigo *As funções do lobo frontal* (Silveira, 1935), onde criticava as idéias localizatórias centristas de então, e ressaltava as pesquisas citoarquitetônicas e mieloarquitetônicas em apoio aos estudos anátomo-clínicos de Kleist. Esta citação confirma a contemporaneidade de Silveira com relação ao conhecimento psiquiátrico. A obra capital de Kleist, *Gehirnpathologie*, havia sido lançada há menos de um ano na Alemanha (Kleist, 1934). Silveira chegou a conhecer, em 1949, a clínica de Kleist em Frankfurt, à época dirigida por Karl Leonhard, um de seus principais colaboradores.

Preparando sua vinda ao Brasil, von Meduna escreveu de Chicago para Anibal em 2 de junho de 1939 (Silveira, 1941):

“Caro colega

Levo ao seu conhecimento que a 9 de junho embarcarei no navio Southern Princess com destino ao Rio. Espero que me seja dado viajar entre os dias 25 e 30 até São Paulo, onde realizarei duas preleções. Ser-me-ia particularmente agradável si eu tivesse oportunidade de completar nossa velha amizade científica com a amizade pessoal.

Não há muito, quando de minha passagem por Frankfurt, o Professor Kleist, a quem voto o mais elevado apreço, tanto pessoal como científico, manifestou-se em termos particularmente encomiásticos acerca da atividade científica de V. S. Foi com grande satisfação que ouvi essa referência (...)

Aguardo com grande interesse nosso encontro pessoal.

Sinceramente seu

Dr L.v. Meduna”

Naquela época Silveira indicava os tratamentos biológicos para esquizofrênicos; contudo alertava, insistentemente, contra os abusos na aplicação das técnicas então disponíveis. Só propunha as terapêuticas de Sakel e von Meduna a pacientes que não apresentassem remissão do quadro, e cujos sintomas psicóticos não decorressem de desordens psicogenéticas ou toxi-infecciosas. Mesmo em esquizofrênicos contra-indicava seu uso no início da doença, e em qualquer tempo em regime ambulatorial, além de alertar para os riscos e efeitos colaterais. Não admitia usar esses tratamentos se outros recursos pudessem ser tentados. Na comunicação que fez à Secção de Neuropsiquiatria da Associação Paulista de Medicina em 5 de dezembro de 1938, presidida pelo professor Antônio Carlos Pacheco e Silva, ressaltou “o caráter de desumano” que o uso de tais procedimentos podia assumir, e propôs uma criteriosa

“apreciação de processos que ainda não estão definitivamente comprovados” (Silveira, 1938). Sua visão da psiquiatria sempre foi ampla e profunda; sobretudo humana.

Para melhor compreender os processos neurofisiológicos cerebrais viajou em 1941 para os Estados Unidos de onde retornaria dois anos depois. Lá integrou-se à American Orthopsychiatric Association, que congregava pesquisadores de vários campos no estudo das influências sociais sobre a formação da personalidade, a produção de desordens mentais, sua cura e prevenção. Tornou-se assim um dos precursores da psiquiatria social no Brasil. Na Universidade de Illinois, Chicago, trabalhou com McCulloch com quem publicou artigos sobre fisiologia cerebral, além de Bailey e von Bonin. Com Dusser de Barenne adquiriu a técnica da neuronografia seletiva. Pode confirmar objetivamente várias das vias intra-cerebrais que já identificara em 1937 através do método subjetivo (Silveira, 1937d). Ainda nos Estados Unidos estabeleceu contato com o Instituto de Psicanálise de Chicago, ligado à Universidade, e que havia sido fundado em 1932 por Franz Alexander, psicanalista de origem húngara radicado naquele país. Inteirou-se das pesquisas em medicina psicossomática e da psicoterapia analítica breve proposta por Alexander.

Antes, porém, de sua partida para a América, havia apresentado à faculdade de Medicina da Univerdade de São Paulo uma tese de docência livre de clínica psiquiátrica: *O Método de Meduna em Esquizofrênicos crônicos* (Silveira 1941). Aprovado com distinção partira já na condição de professor docente-livre.

Apesar de todo o sucesso no exterior e do convite para que lá permanecesse pesquisando e ensinando, razões afetivo-emocionais trouxeram-no de volta ao Brasil (Neves, 1982). Tendo em mente o desejo de transmitir o conhecimento adquirido, retornou às origens. Ensinou no Hospital de Juqueri até o final da década de 40, ajudando a formar uma nova geração de psiquiatras. Na década seguinte publicou vários

trabalhos sobre genética e psiquiatria (Palladini, 1989). Encerrou o período com dois memoráveis estudos sobre Kleist: *Caracterização da patologia cerebral, da psicopatologia e da heredologia psiquiátrica na doutrina de Kleist* (Silveira, 1959a) e *Esquizofrenia e psicoses degenerativas de Kleist* (Silveira, 1959b). No segundo deles, em que discute as diferenças entre os conceitos de psicoses esquizofrênicas e degenerativas do pesquisador alemão, propõe para estas últimas a denominação *psicoses diatéticas*, por entender que sua eclosão corresponde ao conceito de diátese de tendências latentes. Como nos demais trabalhos também nesses aplica o critério patogenético.

Paralelamente ao interesse pelas psicoses Silveira aprofundava seu conhecimento da prova de Rorschach, que aplicava desde 1935 e da qual tornou-se um dos introdutores no Brasil. Em 1943 publicou *Contribuição para os símbolos e o protocolo no método de Rorschach* (Coelho, 1980b). E em 1949 apresentou seus pontos de vista no II International Rorschach Congress em Zurich. Mas foi no IV International Rorschach Congress, em Bruxelas-Bélgica, 1958, que propôs o índice conativo como contribuição original ao método psicodiagnóstico criado pelo psiquiatra suíço Hermann Rorschach: *Conative index: an empirical evaluation of affective-emocional level of overt behavior*. Outras contribuições viriam. Construiu o *índice Rmi de Silveira*, isto é, relação para com a média intelectual, que afere o modo como o indivíduo se liga cognitivamente ao ambiente externo e se adapta à realidade (Coelho, 1980b): *Un indice pour le relation intellectuelle avec le monde extérieur*. Em 1952 fundou a Sociedade Rorschach de São Paulo.

Foi também sobre a prova de Rorschach a tese que Silveira defendeu em 1964 no concurso para a cátedra de psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, quando perdeu a indicação para Darcy de Mendonça Uchoa. Era o início do regime militar, e este seria apenas um dos reveses na sua carreira acadêmica, em grande parte determinados pela defesa do positivismo como doutrina filosófica válida, embora ele próprio afirmasse que

ninguém, para aceitar seus métodos e resultados, precisava tornar-se positivista. Tal idéia só poderia ser fruto de preconceito. Contudo, o preconceito tem impedido até hoje que se aprecie em toda a relevância a obra que deixou. Haim Grunspum (1980) reconhece isso no livro *Trem para o hospício*, escrito em memória aos mestres do Juqueri, onde dedicou um capítulo inteiro a Anibal Silveira:

“Muitas discussões foram feitas por isso, com ele, mas com maior frequência longe dele, nas disputas com a esquerda festiva daquela época, que achava o positivismo a mais reacionária das posições; com os integrantes da JUC, Juventude Universitária Católica, que achavam as idéias de Comte totalmente materialistas e, portanto, servindo a vegetais e minerais, mas não ao ser humano; com os psicanalistas que consideravam que Freud superava de longe os conceitos de Augusto Comte e com os existencialistas se aferrando ao humanismo e negando o positivismo com sua religião da humanidade e com seu apostolado positivista”.

Grunspum revela um Silveira “moderado, sóbrio e discreto; cordial, afetuoso, profundo e extremamente íntimo... Olhava um pouco de lado e, na maioria das vezes, para baixo, como que pensando consigo mesmo”. Sobre seu jeito especial de falar acrescenta:

“Sua voz apresentava modulações: ora entranhada no céu da boca, sem no entanto engolir sílaba ou palavra, mas um pouco perdida; ora desentranhada, com pequenas explosões para fora, mas num certo atropelo, onde outra vez todas as sílabas eram articuladas e todas as palavras enunciadas, mas num tom final um pouco mais agudo do que o inicial, precisando-se forçar o ouvido para entender tudo o que ele falava”.

Grunspun ainda observa os “olhos brilhantes por trás dos óculos de tartaruga”... as mangas do paletó compridas demais, cobrindo parte das mãos.

Em sua vida acadêmica Silveira foi professor de psicologia da Faculdade de Filosofia e Letras da USP, a partir de 1958, ao lado de Durval Marcondes, quando assumiu os cursos de técnicas projetivas e psicopatologia. Foi professor titular de psiquiatria nas faculdades de medicina de Botucatu (Unesp), Campinas (Unicamp) e Jundiáí (Municipal), da qual foi também diretor. Ao assumir a chefia do Departamento de Psiquiatria em Jundiáí retornaria pela derradeira vez às origens: voltava a ficar perto do complexo hospitalar construído por Franco da Rocha. Organizou a residência médica em psiquiatria voltando a ensinar ali. Mais uma vez uma nova geração de discípulos e admiradores se reuniria ao seu redor.

A década de 60 revelaria trabalhos importantes de sua lavra. Em 1962 vem à luz *Cerebral systems in the pathogenesis of the endogenous psychoses*, onde apresenta a classificação patogênica das doenças mentais (Silveira, 1962) e *Psicologia fisiológica*, outro marco de sua produção científica (Silveira, 1966). Os anos 70 seriam dedicados à organização da escola sob critério patogênico. Ele foi dos poucos psiquiatras brasileiros a constituir verdadeira escola de pensamento, fato reconhecido pelo professor Barahona Fernandes (1966) no livro que dedicou aos fundamentos filosóficos da psiquiatria portuguesa, *Filosofia e Psiquiatria*:

“No Brasil encontram-se também, entre os psiquiatras, Anibal Silveira e sua brilhante escola, os últimos representantes ortodoxos de Augusto Comte”.

Nessa derradeira etapa no Juqueri outros discípulos se agrupariam, entre eles Lúcia Maria Salvia Coelho, Joacyr Salles Barros e Dora Martinic Morales, cujas teses de doutoramento, todas orientadas diretamente pelo mestre, dariam novo impulso à escola: *Fundamentos epistemológicos de uma psicologia positiva* e *Epilepsia e personalidade* de Coelho (1980 e 1982), *Automatismo mental de G Clérambault* de Barros (1976) e *Esquizofrenia pelo ângulo da patogênese* de Martinic Morales

(1976). Silveira reergueria pela última vez o edifício que tantas vezes construiu; agora sobre três pilares: o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Jundiaí, o Pavilhão Escola no Hospital de Juqueri e a Sociedade Rorschach de São Paulo. Organizou cursos para a graduação médica e a residência em psiquiatria; pós-graduação era outro sonho. No final da década de 70 já contava com quatro teses orientadas segundo o critério patogênético. Na residência os trabalhos eram sempre muito intensos; as semanas eram dedicadas a seminários e tarefas práticas supervisionadas. As manhãs de sábado estavam reservadas para as reuniões clínicas, seguindo uma antiga tradição do Juqueri: a das sessões anátomo-clínicas que Haim Grunspum, (1980), tão bem descreveu em seu livro. Apesar do vento e do frio serranos as reuniões eram concorridas. Numa daquelas manhãs podíamos ter a presença de ninguém menos que Paul Arbousse-Bastide.

As contribuições de Anibal Silveira à psiquiatria ainda não foram suficientemente valorizadas. Vão da patologia cerebral à teoria da personalidade, passam pela orientação sociológica e patogênética da psiquiatria, pelo diagnóstico psiquiátrico, pela classificação das doenças mentais, prova de Rorschach, organização de serviços assistenciais e ensino. Muitos pesquisadores em várias partes do mundo, além dos já citados Kleist, von Meduna, Grunspun e Barahona Fernandes manifestaram-se sobre as contribuições do psiquiatra brasileiro: Austregésilo, Vampré e Roxo no Brasil, Vogt, Schneider, Foerster, Kornmuller e Gaupp na Alemanha, Krapf e Dimitri na Argentina, Jasper e Penfield no Canadá, Spiegel, Gerstmann, Fulton e Dusser de Barenne nos Estados Unidos, Meige e Bertrand na França, Reitmann na Inglaterra, Buscaino, Vitello, Sogliari na Itália, Saito no Japão, Trelles no Perú, Egas Moniz em Portugal, Morel, Muller e Plattner na Suíça (Silveira, 1941). É oportuno lembrar que Egas Moniz foi um dos dois únicos ganhadores do prêmio Nobel que a psiquiatria deu à medicina.

Além de profundo conhecedor da obra, Silveira estudou também a vida de Auguste Comte. Contestou a versão segundo a qual o filósofo de Montpellier, em crise mental, tentara o suicídio atirando-se ao rio Sena.

Ao longo de sua existência objetiva Silveira dedicou parte do tempo à organização de cursos abertos. O último que proferiu foi sobre a *Teoria positiva da personalidade*, no Instituto Oscar Freire em São Paulo, em 1979, ano de sua morte (Silveira, 1979a). Ofereceu-o em memória do Curso de Filosofia Positiva que Auguste Comte iniciara em Paris em 1828.

Silveira foi um humanista, para quem os valores de nossa humanidade comum estão acima de tudo. Dedicou a vida à pesquisa, ao ensino da psiquiatria e à assistência aos doentes mentais. Era um altruísta no legítimo sentido comtiano de viver para outrem. Agia por afeição e pensava para agir. Cultivava camélias no jardim de sua casa em São Paulo. Era casado com a senhora Tais Pinto Viegas da Silveira, com quem teve os filhos Hume, Cid e Marina. Seu exemplo e sua pessoa inspiravam tanto quanto suas teorias. Morreu em 16 de agosto de 1979 aos 77 anos. Sentira-se mal em casa e a filha Marina levava-o para o hospital. No caminho sofreu um mal súbito seguido de complicações cardio-respiratórias. Ao velório no Hospital São Luís em São Paulo acorreram familiares, amigos e discípulos. O professor Aloísio Mattos Pimenta, colega de longa data, proferiu, à beira do caixão, no discurso de despedida, as palavras que eu jamais esqueceria: “Anibal, você passou da existência objetiva para a existência subjetiva”. Poucos meses antes ele ainda estivera em Brindisi, Itália, no International Meeting on a Multidisciplinary Approach to Brain Development (Silveira 1979b), onde apresentou publicamente, e pela última vez, suas idéias. Os anos que se seguiram à sua morte foram de tentativas de continuar suas pesquisas e consolidar a Escola. No entanto, discordâncias entre os membros, divididos em segmentos rivais, acabaram provocando a diáspora.

Na homenagem que prestou-lhe logo depois de sua morte Lúcia Coelho (1980a) deixou registrado:

“Em diferentes momentos históricos e nas sociedades as mais diversas surgem homens extraordinários que, embora participando da existência cotidiana do indivíduo comum, conseguem ultrapassá-la graças à sua visão mais lúcida e abrangente dos fatos. Anibal Silveira foi um destes seres excepcionais. Tendo vivido em um momento histórico pleno de contradições, temores, obscurantismo foi capaz de superar tais limitações por elas impostas oferecendo-nos uma concepção do psiquismo humano profunda e original. Sua inteligência lúcida e sensível aliada à sua confiança inabalável na humanidade e no valor das realizações científicas, levaram-no a interessar-se pelos setores os mais diversos do conhecimento. Reunindo as qualidades de um eminente cientista e de um filósofo humanista Anibal Silveira foi um sábio na época moderna”.

Referências bibliográficas

Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, IV(3): V, 1939.

BARAHONA FERNANDES, *Filosofia e psiquiatria*. Coimbra: Atlântica, 1966.

BARROS J. S., *Automatismo mental de G. Clérambault, patogênese e clínica*. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina de Jundiaí, 1976.

COELHO L. M. S., *Homenagem ao Dr. Anibal Silveira*. Persp. Méd., 5(3 e 4): 101-104, 1980a.

_____. *Epilepsia e personalidade*. São Paulo: Editora Ática, 1980b.

_____. *Fundamentos epistemológicos de uma psicologia positiva*. São Paulo: Editora Ática, 1982.

- GRUNSPUN H., *Trem para o hospício*. São Paulo: Livraria Cultura Editora, 1980.
- KLEIST K., *Gehirnpathologie*. Leipzig: Ambrosius Barth, 1934.
- MARTINIC MORALES D. L., *Esquizofrenia pelo ângulo da patogênese*. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina de Jundiaí, 1976.
- NEVES H. L. A., *Professor Anibal Silveira*. Rev. Paul. Med. 100 (2): 15-16, 1982.
- PALLADINI P., *Anibal Silveira: uma homenagem nos 10 anos de sua morte*. São Paulo: XIX Congresso Brasileiro Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, 1989.
- SILVEIRA A., *Eugenismo do aborígene*. Correio Paulistano, 10/01/1927.
- _____. *Higiene e eugenia à luz da moral*. Gazeta Clínica, 26(2/3): 12, 1928.
- _____. *Da Clínica Psiquiátrica e do Ambulatório de Higiene Mental*. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina de São Paulo, 1931.
- _____. *Syndromo do lobo frontal*. São Paulo Médico, 7(I): 167-193, 1934.
- _____. *As funções do lobo frontal*. Rev Neurol e Psiquiatria de São Paulo, 1: 196- 228, 1935a.
- _____. *Syndromo de automatismo mental de Clérambault*. Rev. Neurol. e Psiquiatria de São Paulo 1:374-382, 1935b.
- _____. *Syndromo de automatismo mental de Clérambault. Observações clínicas e comentários*. Rev. Neurol. e Psiquiatria de São Paulo, 2: 1-31, 1936a.
- _____. *Valor semiológico do automatismo mental de Clérambault*. São Paulo Médico, 9 (II): 67-80, 1936b.
- _____. *Campos arquitetônicos do lobo frontal e funções da inteligência*. Rev. Neurol e Psiquiatria de São Paulo, 3: 131-161, 1937a.

SILVEIRA A., *Lesões casuais e lesões sistemáticas do cérebro nas doenças mentais*. Arq. Assist Psicopatas de São Paulo, 2: 191-217, 1937b.

_____. *Contribuição para o tratamento convulsivante nos esquizofrênicos*. Arq. Assist Psicopatas de São Paulo, 2: 391-450, 1937c.

_____. *Das leis estáticas e dinâmicas da inteligência. Aplicação à patologia mental*. Arq. Assist Psicopatas de São Paulo, 2: 571-582, 1937d.

_____. *Pelos methodos de von Meduna e de Sakel, mas contra a aplicação delles como tratamento inicial*. Reunião da Secção de Neuro-psychiatria. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 05/12/1938.

_____. *Memorial*. São Paulo, 1941.

_____. *Caracterização da patologia cerebral, da psicopatologia e da heredologia psiquiátrica na doutrina de Kleist*. Arq Neuro-psiquiatria, 17: 100-142, 1959a.

_____. *Esquizofrenia e psicoses degenerativas de Kleist*. Arq Neuro-psiquiatria, 17: 143-162, 1959b.

_____. *Cerebral systems in the pathogenesis of endogenous psychoses*. Arq. Neuro-psiquiatria, 20: 143-278, 1962.

_____. *Psicologia fisiológica*. Maternidade e infância, 15(1),1966.

_____. *Teoria positiva da personalidade*. Curso aberto. São Paulo: Instituto Oscar Freire, 1979a.

_____. *Dynamics of mental developments as attented by brain structures maturation*. International Meeting on a Multidisciplinary Approach to Brain Development. Brindisi, 1979b.

Fundamento filosófico

O homem.
Espírito positivo.
Imaginação e observação
Estática e dinâmica.
O método subjetivo.
Egoísmo e altruísmo, a moral positiva.
Leis estáticas e dinâmicas da inteligência.

O homem é, a um tempo, um ser biológico e social, um organismo integrado a um ambiente. “O ser humano é um organismo biológico incorporado a uma cultura.” A definição é de Patrick Mullahy (1945), explorando a senda deixada por Harry Stack Sullivan, o autor que colocou as relações interpessoais no centro da psiquiatria. Na concepção de Anibal Silveira o que distingue o homem no mundo animal é a personalidade peculiar, o desenvolvimento especial de um conjunto de funções psíquicas, que regem suas relações internas e externas. O homem é, primordialmente, um ser social; emerge no interior de uma sociedade histórica e culturalmente determinada, a qual antecede qualquer existência individual. Ele é, portanto, como assinalou Lúcia Coelho (1982), um *agente social*.

Caracterizam-no a *sociabilidade e a inteligência*.

Agir por afeição e pensar para agir (Comte, 1852).

Agir, agir repete o aforisma comtiano; sob estímulo da afetividade e orientação da inteligência. Na sociedade é a ação um aspecto fundamental do homem, porém tal ação decorre de estímulos afetivos, tanto de uma individualidade instintiva de natureza egoística, como de sentimentos sociais de natureza altruística. Para Anibal Silveira a harmonia mental advém da subordinação da individualidade à sociabilidade,

dos instintos aos sentimentos, do egoísmo ao altruísmo; advém da preponderância dos sentimentos mais diferenciados. Essa afetividade está presente em todas as nossas ações e concepções. “Todo conhecimento deriva da reação emocional”, ensinou ele na aula inaugural para a última turma de médicos residentes que orientaria. Era 15 de fevereiro de 1979. É, portanto, sob a ascendência da sociabilidade, principalmente daquela afetividade mais elevada, que o homem atinge sua plenitude existencial. Cabe à inteligência estabelecer as concepções mais adequadas, e orientar o comportamento. Convém observar que Silveira concede a todos os termos aceção plenamente positiva. Sartre (1946) afirmara que “o homem é liberdade”. No *Curso de filosofia positiva*, proferido entre os anos de 1828 e 32, Comte (1830-42) preconizava a *liberdade ilimitada de consciência* sempre ligada à responsabilidade social. Uma liberdade assim considerada deriva da natureza complexa da subjetividade humana, que, a um só tempo, limita e permite modificações em face das leis, necessariamente relativas, que regem a natureza física e moral do homem.

O homem é um agente social. Para o sistematizador da filosofia positiva (Comte, 1852) a maior fonte de felicidade pessoal reside no sentimento de solidariedade social derivado da “inclinação benévola do homem”: a sociabilidade. Psicólogos humanistas como Carl Rogers (1983) igualmente consideram a condição humana, na sua dimensão mais profunda, intrinsecamente social e positiva.

O fundamento filosófico sobre o qual está assentado o *espírito positivo* foi sistematizado por Auguste Comte em meados do século XIX. A expressão espírito positivo significa a mentalidade em seu estado positivo, científico, desprovida de influências teológicas e metafísicas. Remonta a uma tradição filosófica cuja primeira grande síntese foi feita por Aristóteles. Este havia afirmado que *nada existe na inteligência que não tenha vindo pelos sentidos*.

Muitos séculos mais tarde a afirmação receberia de Leibniz o complemento necessário: *exceto a própria inteligência*.

Assim ficaria consignada uma característica básica do espírito positivo: observação dos fenômenos para a elaboração do conhecimento e admissão de uma estrutura inerente ao homem como condição do próprio conhecimento.

Para Comte (1844) o caráter fundamental do espírito positivo consiste na *subordinação da imaginação à observação* para o estabelecimento de leis naturais, isto é: a enunciação de relações constantes entre os fenômenos observados. Busca aquilo que é, renunciando às causas iniciais e finais, estudando tão somente as ligações; como os fenômenos se ligam uns aos outros. O fim da ciência é a previsão racional, conforme a fórmula comtiana de *ver para prever*.

Afirma também a relatividade de todas as concepções à organização e evolução da sociedade. As leis ligam os fenômenos por similitude, se coexistem ou filiação, se se sucedem. Harmonia e sucessão. Portanto, qualquer apreciação da realidade pode ser *estática* ou *dinâmica*, e ambas contribuem tanto para explicar como para prever, “reencontrando a constância no meio da variedade”. Seguindo a distinção feita por Kant (1787) na *Crítica da Razão Pura* todo estudo comporta dois pontos de vista, *objetivo e subjetivo*, conforme a destinação exterior ou a fonte interior das teorias humanas. Mundo e mente.

Para Auguste Comte filosofia é uma concepção global, a reflexão sobre a totalidade da experiência humana; uma teoria geral de todas as teorias particulares produzidas pelo homem. “É preciso fazer do estudo das generalidades uma outra grande especialidade”, escreveu. Tal filosofia é positiva, afirmativa, orgânica, e está em contraposição a uma filosofia negativa, que rejeita a capacidade humana de conceber e construir sua própria obra. É uma teoria geral; as várias teorias particulares podem ser científicas, políticas, históricas, artísticas, religiosas. Seu caráter positivo é dado pelo relativismo social, o qual rejeita a busca de causas iniciais e finais dos

fenômenos. Procura tão só as leis, as relações constantes de semelhança e sucessão entre eles, perguntando sempre *como*, nunca por *que*. Uma “ciência tem por objeto a modificação progressiva das relações entre o meio e o homem”(Coelho, 1982), através da *observação* dos fatos seguida da *elaboração* de leis. Procura, enfim, ligações possíveis entre fenômenos diversos, *concepções*. Comte, nas *Considerações filosóficas sobre as ciências e os cientistas* (Comte, 1825), parte da idéia aristotélica de que a tendência de estabelecer relações entre fatos é natural no espírito humano, o qual possui um profundo interesse instintivo pelo conhecimento. Contudo, face à variedade dos fatos, a unidade da realidade aqui considerada é a que decorre do ponto de vista humano, uma unidade subjetiva e dependente de uma ordem social dada. Ele argumenta no *Discurso sobre o espírito positivo* (Comte, 1844) que esta unidade das concepções relativas ao homem só pode ser subjetiva, pois partem elas do homem para tornarem a ele, referidas sempre a uma humanidade, que é comum a todos. Por isso a ciência do homem é, por excelência, uma ciência social. Na classificação hierárquica erigida por Comte (1852) há três grupos de ciências: da lógica, da física e da moral. Esta última é representada pela sociologia. A ordem humana seria primeiro social, depois moral, sendo divididos os pendores do homem em sociais e pessoais. Nas palavras de Lúcia Coelho (1982) a ordem humana “supõe a intervenção constante de estímulos morais de ordem social”. São Paulo (Xavier, 1962) identificou no homem dupla inclinação: para o bem, que ele denominou *graça* e para o mal, *natureza*. A primeira conduz ao altruísmo, e teria inspiração divina, a segunda, propriamente humana, corresponde ao egoísmo. A vida representaria a expressão da luta entre *graça* e *natureza*, altruísmo e egoísmo. O divino em contraposição ao humano. Foi preciso que a filosofia percorresse longo caminho até David Hume (Xavier, 1962) afirmar, no *Ensaio sobre o entendimento humano*, a moral como atributo da condição humana. O apego e outros sentimentos sociais seriam

ínatos, presentes em todos os homens e até em certos animais. Comte (1852), confirmando Hume, reconheceu que egoísmo e altruísmo são intrínsecos à natureza do homem. Embora tecendo severas críticas ao autor, Comte foi buscar em Gall as bases cerebrais necessárias à constituição do seu quadro sistemático da alma, onde expôs a classificação positiva das dezoito funções interiores do cérebro na década de 1850. Franz Joseph Gall (Xavier, 1962) havia declarado ser a alma um conjunto de funções afetivas, ativas e especulativas ligadas ao funcionamento encefálico e em estreita correspondência, cada uma delas, com um órgão cerebral distinto. Foi pioneiro em afirmar e tentar demonstrar, na passagem do século XVIII para o XIX, a sede encefálica das funções psíquicas. O espírito positivo chegava ao estudo da alma humana. Sobre esse fundamento Anibal Silveira (1966) desenvolveu uma teoria da personalidade. A necessidade de teorias para observar os fatos é explicitada por Comte na primeira lição do *Curso de filosofia positiva* (1830-42), cujos seis volumes foram publicados a partir de 1830. Mas se as teorias são necessárias para a observação dos fatos, os fatos também são para a elaboração das teorias. Ocorre, então, que o conhecimento teórico seja necessariamente geral e abstrato. “O espírito teórico deve ser sempre geral e o espírito prático sempre particular”, escreveu ele no *Système de politique positive* (Comte, 1851), comentado por Lúcia Coelho (1982). Tal conhecimento deve servir a um propósito, conforme outro aforisma comtiano: *conhecer para prever e prever para poder*.

Francis Bacon (1620) havia afirmado, ainda no século XVII, que saber é poder. *Tantum possumus quantum scimus*. Comte completou a fórmula introduzindo, entre o conhecimento e o poder, a intermediação da previsão racional. Conhecemos para estabelecer previsões e agir, intervir, modificar, sempre em estreita relação com a sociedade da qual somos parte e com a época considerada. Disse Comte (1825):

“Não basta sentir, de maneira geral, que a cultura de nossa inteligência só é possível na sociedade e pela sociedade; cumpre, além disto, reconhecer que a natureza e a extensão das relações sociais determinam, em cada época, o caráter e a rapidez de nossos progressos espirituais, e reciprocamente”.

Se a filosofia é uma especialidade dedicada ao estudo das generalidades, a filosofia comtiana “realiza um esforço para compreender a totalidade da experiência humana, utilizando a concepção necessariamente abstrata de humanidade” (Coelho, 1982). A presença, aqui, da palavra *compreender* é significativa. Por meio de observações relativas a fenômenos abstratos, de ordem geral, e elaborações dedutivas chegamos à previsão racional. Já por meio de observações relativas a seres concretos, de ordem particular, e elaborações indutivas chegamos à compreensão. A capacidade de previsão é o principal critério para uma ciência positiva, afirma Comte (1830-42); já a compreensão é o “verdadeiro objetivo da ciência”.

Para o positivismo comtiano, como em Kant, a realidade é a um tempo objetiva e subjetiva, pois comporta tanto um objeto contemplado como um sujeito que contempla. Além disso dois são os modos de apreciar essa realidade: *estático* e *dinâmico*. O modo estático abarca fenômenos coexistentes no interior de uma determinada ordem; sua apreciação é feita por semelhança, e resulta em generalização, gera princípios. É concreto e indutivo. O modo dinâmico abarca fenômenos que se sucedem em movimento; são apreciados por filiação, e resultam em sistematização, leis. É abstrato e dedutivo. Tanto um quanto outro consistem em ligar fenômenos.

Em sua ética Comte dá muita importância ao que denominou “inclinação benévola do homem”, e define o espírito positivo como altruísta. Chegou à conclusão de que “a principal fonte de felicidade pessoal” reside no sentimento de solidariedade social, resumida na máxima moral do positivismo que é *viver para outrem*.

A moral positiva, portanto, é uma moral social. A expressão máxima do altruísmo é a bondade, o amor universal. Amor é bondade. Como função psíquica é o sentimento mais diferenciado da personalidade humana.

Partindo do ponto de vista sociológico a base do estudo do homem é a biologia, o estudo do indivíduo como organismo vivo. Esse organismo, em relação com o ambiente físico e social, faz surgir a personalidade, que corresponde ao nível psicológico de estudo, a subjetividade humana. É a partir, portanto, de uma perspectiva sintética do homem, e conforme o critério sociológico, que o espírito positivo concebe uma teoria da personalidade de fundamento encefálico: a teoria dos sistemas cerebrais como substrato dos sistemas psíquicos. A epistemologia adotada por Silveira “propõe a consideração de modelos de estruturas dinâmicas relativas a níveis específicos de integração de fenômenos que obedecem a uma hierarquia lógica. Daí a necessária distinção de três níveis diversos de investigação do comportamento humano: o biológico, o social e o psicológico” (Coelho, 1982). A teoria elaborada por Silveira é sistêmica, e estabelece que cada nível de expressão dos fenômenos obedece a leis próprias e exige métodos próprios de investigação. Não comporta reducionismos. A primazia, contudo, é social. Para Silveira todas as experiências resultam da percepção. As experiências percebidas são simbolizadas na consciência. O que permite a adaptação do indivíduo é sua capacidade de simbolização, isto é, a capacidade de atribuir significados à realidade e representá-la subjetivamente. Por isso o comportamento é sempre significativo, e o objeto de estudo nunca é o indivíduo isolado, mas um agente em busca de adaptação a um determinado ambiente físico e social. Um processo em que modifica o meio e é por ele modificado. Lúcia Coelho (1982) mostra que Silveira propõe como modelo para estudo a estrutura da personalidade:

“... parte da hipótese positiva da existência de uma estrutura mental inata e comum a todos os seres humanos, que se forma e se desenvolve de modo relativamente uniforme. Esta estruturação do conjunto compreende uma inter-relação e uma interferência contínua de funções elementares que só têm sentido em relação à dinâmica do sistema”.

O nível subjetivo da personalidade decorre da interação dos níveis biológico e social. A partir de métodos como a observação centrada nas experiências interpessoais vividas pelo indivíduo, a comparação e a filiação histórica Silveira concebe o comportamento humano como um sistema complexo, aberto e imprevisível. O método privilegiado é o da observação, entendida como intervenção humana no universo fenomênico. Como bem lembra Xavier (1962) os métodos científicos podem ser analíticos ou sintéticos. Nas ciências lógicas e físicas o método é objetivo, analítico, vai das partes componentes para o todo. Nas ciências humanas prevalece o *método subjetivo*, sintético, que vai do todo para as partes (Coelho, 1982; Silveira, 1966).

Confere Comte (1844) à palavra *positivo* as seguintes acepções:

real por oposição a quimérico

útil por oposição a fútil

certo por oposição a duvidoso

preciso por oposição a vago

orgânico por oposição a negativo

relativo por oposição a absoluto

Esta “filosofia afasta radicalmente, é verdade, todas as questões necessariamente insolúveis, mas motivando sua rejeição, evita nada negar a seu respeito”, ponderou Comte (1844). Uma filosofia positiva em oposição a uma filosofia

negativa faz ressaltar uma organicidade destinada a construir, não a destruir, a organizar, não a desorganizar. É ainda Comte (1844) quem afirma no *Discurso sobre o espírito positivo*:

“Se a perda de um sentido importante basta para nos esconder radicalmente uma ordem inteira de fenômenos naturais, cabe pensar, reciprocamente, que a aquisição de um novo sentido nos desvendaria uma classe de fatos de que não temos agora idéia alguma”.

Este modo de pensar considera o estudo daquilo que está posto, colocado, e pode ser observado. Positivo. Não se ocupa do que não se apresenta; não nega a existência de nenhum fenômeno inobservável, apenas se desinteressa dele. Além disso as teorias procuram sempre ser *representações* do mundo real. Como tende a representar a realidade cada vez mais exatamente, toda teoria é, ao mesmo tempo uma construção provisória, representação de diferentes níveis de percepção da realidade, e não oferece respostas a todas as indagações humanas. Nenhuma teoria é definitiva, nunca passando de aproximação, nunca alcançando plenamente a realidade. Todas têm a pretensão de representar racionalmente os fenômenos. Mas se Comte chegou a admitir “uma realidade que jamais poderia ser inteiramente desvendada” (Coelho, 1982), a própria noção de realidade é relativa: “uma construção a partir dos dados escolhidos pelo homem”. Neste sentido só é realidade aquilo que se apresenta à consciência humana comum, à humanidade que preexiste a toda e qualquer ação individual. A existência humana é intersubjetiva. Se a realidade depende da percepção humana, esta não decorre da observação de um único ser, mas dos homens em conjunto. A realidade é, portanto, consensual. Por isso é histórica e cultural, é social, e nela o homem está inserido enquanto sujeito e enquanto objeto. Embora não seja teleológica a teoria positiva é direcional, pois admite para o homem finalidades histórico-sociais. Se a solidariedade e a cooperação implicam em consenso social o progresso baseia-se no impulso para a transformação. Este

homem, como agente social, é um ser dinâmico, um homem-em-ação cuja existência individual só adquire sentido em relação aos outros e aos valores derivados da humanidade comum. Por isso a moral positiva é uma moral social.

Comte (1852) estabeleceu quinze princípios fundamentais, que denominou, inspirado em Bacon, *Leis de filosofia primeira* e sobre os quais assentou o dogma positivo. Estão distribuídos em três grupos, cada um composto de séries de três leis: o primeiro com uma série e os demais com duas. As do segundo grupo compreendem as leis do entendimento. São elas:

PRIMEIRO GRUPO, tanto objetivo como subjetivo

1. Formar a hipótese mais simples e mais simpática que comporta o conjunto dos dados a representar.
2. Conceber como imutáveis as leis quaisquer que regem os seres pelos acontecimentos, posto que só a ordem abstrata permite apreciá-los.
3. As modificações quaisquer da ordem universal limitam-se sempre à intensidade dos fenômenos, cujo arranjo permanece inalterável.

SEGUNDO GRUPO, essencialmente subjetivo

1ª série: leis estáticas do entendimento.

4. Subordinar as construções subjetivas aos materiais objetivos.
5. As imagens interiores são sempre menos vivas e menos nítidas que as impressões exteriores.
6. A imagem normal deve ser preponderante sobre as que a agitação cerebral faz simultaneamente surgir.

2ª série: leis dinâmicas do entendimento.

7. Cada entendimento oferece a sucessão dos três estados: fictício, abstrato e positivo, em relação às nossas concepções quaisquer, mas com velocidade proporcional à generalidade dos fenômenos correspondentes.
8. A atividade é primeiro conquistadora, em seguida defensiva e enfim industrial.
9. A sociabilidade é primeiro doméstica, em seguida cívica e enfim universal, segundo a natureza peculiar a cada um dos instintos simpáticos.

TERCEIRO GRUPO, sobretudo objetivo

1ª série: a mais objetiva da filosofia primeira

10. Todo estado, estático ou dinâmico, tende a persistir espontaneamente sem nenhuma alteração, resistindo às perturbações exteriores.
11. Um sistema qualquer mantém sua constituição ativa ou passiva quando seus elementos experimentam mutações simultâneas, contanto que sejam exatamente comuns.
12. Existe por toda parte uma equivalência necessária entre reação e ação, se a intensidade de ambas for medida conformemente a natureza de cada conflito.

2ª série: mais subjetiva que a precedente

13. Subordinar por toda parte a teoria do movimento à da existência, concebendo todo o progresso como o desenvolvimento da ordem correspondente, cujas condições quaisquer regem as mutações que constituem a evolução.
14. Toda classificação positiva procede segundo generalidade crescente ou decrescente, tanto subjetiva como objetiva.

15. Todo intermediário deve ser subordinado aos dois extremos cuja ligação opera.

Silveira (1937) dedicou um estudo especial às leis do entendimento, que segundo sua concepção, regem a esfera intelectual da personalidade e, por conseguinte, a adaptação do indivíduo à realidade: *Das leis estáticas e dinâmicas da inteligência. Aplicação à patologia mental*. Nesse estudo estabeleceu que

...“a sujeição das concepções aos dados do mundo exterior constitui o princípio básico da harmonia mental; mesmo em estado de alienação é o meio ambiente que fornece o alimento e o estímulo para a construção intelectual”.

No plano conativo a normalidade psíquica fica consubstanciada pela integração harmônica das três funções da atividade, que se exteriorizam na ação explícita. E no plano afetivo a harmonia é dada pela subordinação da individualidade à sociabilidade, como condição fundamental.

Silveira concebe a mente, remontando a Aristóteles, Leibniz e Kant, como essencialmente ativa em relação ao mundo. Intencional e seletiva. O trabalho intelectual, impregnado de sentimento, é trabalho subjetivo com imagens, as quais devem ser distinguidas quanto à origem exterior ou interior, e quanto à possibilidade de aparecerem mais vivas e nítidas conforme uma ou outra origem. Além disso a imagem normal, que se destaca no fluxo das concepções (observação e elaboração), deve sempre preponderar. A dinâmica do entendimento supõe a evolução das concepções através da sucessão de três estados: fictício ou teológico, abstrato ou metafísico, positivo ou científico. Como as concepções dependem do grau de generalidade dos fenômenos correspondentes, uma mesma mente humana, individual ou coletiva, pode ser teológica em uma questão, metafísica em uma segunda e ainda positiva em uma terceira.

Referências bibliográficas

- BACON F., *Novum organum* (1620). Tradução de José Aluysio Reis de Andrade. São Paulo: Abril Cultural, 1979.
- COELHO L. M. S., *Fundamentos epistemológicos de uma psicologia positiva*. São Paulo: Editora Ática, 1982.
- COMTE A., *Considerações filosóficas sobre as ciências e os cientistas* (1825). In: Opúsculos de filosofia social. Tradução de Ivan Lins e João Francisco de Souza. Porto Alegre/São Paulo: Editora Globo/Universidade de São Paulo, 1972.
- _____. *Curso de filosofia positiva* (1830-42). Tradução de José Arthur Giannotti. São Paulo: Abril Cultural, 1978b.
- _____. *Discurso sobre o espírito positivo* (1844). Tradução de Renato Barboza Rodrigues Pereira. Porto Alegre/São Paulo: Editora Globo/Universidade de São Paulo, 1976.
- _____. *Système de politique positive, ou Traité de sociologie* (1851). Paris: Librairie Scientifique-Industrielle de L. Mathias, 1879.
- _____. *Catecismo positivista* (1852). Tradução de Miguel Lemos. São Paulo: Abril Cultural, 1978a.
- KANT I. *Crítica da Razão Pura* (1787). Tradução de Valério Rohden. São Paulo: Abril Cultural, 1974.
- MULLAHY P. *A theory of interpersonal relations and the evolution of personality*. Psychiatry, 8(2): 117-205, 1945.
- ROGERS C. R., *Um jeito de ser*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1983.
- SARTRE J. P., *O existencialismo é um humanismo* (1946). Tradução de Vergílio Ferreira. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- SILVEIRA A., *Das leis estáticas e dinâmicas da inteligência. Aplicação à patologia mental*. Arq Assist Psicopatas de São Paulo, 2: 571-582, 1937.
- _____. *Psicologia fisiológica*. Maternidade e infância, 15(1), 1966.
- XAVIER A., *Funções do cérebro*. Rio de Janeiro: Livraria São José, 1962.

Base biológica

Contribuições de Gall.
A patologia cerebral de Karl Kleist.
Paralelismo com a neuropsicologia de Luria.
A teoria psicológica de fundamento encefálico
segundo Silveira.
Amadurecimento evolutivo do substrato
do comportamento.

É sobre base biológica precisa que Silveira construiu sua teoria da personalidade. Para ele a estrutura da personalidade é não só inata e peculiar à espécie humana como ligada ao funcionamento cerebral. Se não houver um cérebro funcionando não há personalidade. Ele reconhece o pioneirismo de Gall, o primeiro a apontar o encéfalo como conjunto de órgãos e sede de todas as funções psíquicas (Silveira, 1945). Luria (1979), o pesquisador russo que desenvolveu a neuropsicologia também remonta a Gall a primeira afirmação de caráter científico sobre as relações entre cérebro e mente. Assim também pensa o psiquiatra americano Harry Stack Sullivan (1972).

Franz Joseph Gall nasceu em 1758 no Grão-Ducado de Baden, Alemanha e morreu na França em 1828 (Lemos, 1981). Elaborou suas teorias entre os anos de 1802 e 1825. Exercia a medicina e interessava-o sobremaneira o estudo do cérebro humano. Reuniu uma grande coleção de crânios e cérebros modelados que serviram de base às suas observações através do método comparativo. Tentou associar as características psicológicas das pessoas que examinava com suas conformações cranianas. Chegou a duas conclusões fundamentais: o cérebro é constituído por um complexo de regiões responsáveis por funções diferentes, os órgãos, e não só a inteligência como as

demais funções psíquicas dependem do funcionamento cerebral. Entre as funções distinguiu os instintos egoísticos daqueles voltados à sociabilidade. Como método partia da identificação funcional para só depois estabelecer as hipóteses localizatórias. Apontou um número elevado de funções, totalizando 27. Sofreu severas críticas e seus trabalhos não foram reconhecidos pela ciência da época. Sua imagem ficou definitivamente associada a um modo grosseiro e arbitrário de localizar funções no cérebro; não dispunha ele dos meios necessários para fazer avançar suas pesquisas além do ponto onde chegara. Apesar disso Silveira considera-o o fundador da fisiologia cerebral. Gall dava à sua obra os nomes de “fisiologia do cérebro” e “organologia”. A palavra frenologia foi empregada principalmente por seu discípulo Spurzheim (Lemos,1981). Auguste Comte teceu severas críticas à concepção metafísica de Gall, embora reconhecesse seu empenho em sistematizar os processos psíquicos. Silveira (1945), ressaltando que as conclusões de Gall eram assaz imprecisas e resultado de elaborações prematuras dos dados clínicos, muitas vezes mal observados, assim avalia suas formulações:

“Realmente, foi Gall quem efetuou o passo decisivo para se estabelecerem as normas, hoje solidamente assentadas, das localizações cerebrais. Aquele gênio não se limitou a reconhecer como faziam os luminares do pensamento até aquela época – inclusive esse outro gênio, Bichat – que as funções intelectuais são atributos do cérebro; provou que essas como as qualidades morais e de caráter constituem funções cerebrais; que o cérebro representa portanto um conjunto de órgãos reconhecíveis anatomicamente; que a identificação anatômica e funcional desses órgãos constitui ramo científico especial do domínio médico; e ainda que tal organização cerebral não é privativa do homem mas pode ser evidenciada na série animal mediante a pesquisa comparada. Finalmente, estabeleceu as regras para se conhecerem clinicamente as variações

individuais de organização cerebral, ao que denominou *frenologia*; e propôs a aplicação da frenologia para a seleção profissional – inclusive na carreira diplomática – para o cultivo científico, para a orientação mesmo quanto ao valor moral do indivíduo. Em suma, não só lançou em bases científicas – embora ainda prematuras – a doutrina das localizações cerebrais, como procurou fazer desse corpo doutrinário um elemento vivo do progresso humano, com finalidade social definida. Essa, em resumo, a criação doutrinária que deu a lume desde 1802 até 1825: o último tratado sobre as funções cerebrais, em 6 volumes, foi publicado de 1822 a 1825. Foi porém tão acima do alcance científico da época e tão destrutiva para os preconceitos teológicos e metafísicos então dominantes, que as forças reacionárias imediatamente se congregaram em todos os setores – ‘científicos’, políticos, social e econômico – para combater o gênio de Gall. Apodos, calúnias, coerção foram as armas utilizadas pelos opressores da época, conforme o mostraram os estudos bem fundamentados sobre o fundador das localizações cerebrais. Os documentos da época dão idéia bem nítida dessa campanha, em que se congregaram o despeito, o ódio e a corrupção política. Mas Broussais analisa com clareza o trabalho conjugado dos jornalistas, dos ‘elegantes’ de salão, dos cientistas, unidos numa campanha de chistes, de remoque, de falsidade, todos guiados pela palavra de ordem de Napoleão. Insistimos sobre este particular porque daí é que advém, ainda hoje, as injustiças tão frequentemente veiculadas contra a obra daquele gênio, como procuramos mostrar alhures. E não era só a mediocridade da época que se prestava a semelhante campanha: a ela aderiram também homens como Cuvier e Flourens. Felizmente para a dignidade humana cientistas e filósofos da envergadura de Comte, de Geofroy de Saint Hillaire, de Corvisart, de Blainville, de Broussais, de Bouillaud, de Audiffrent, apoiaram a grande obra de Gall e lhe fizeram inteira justiça”.

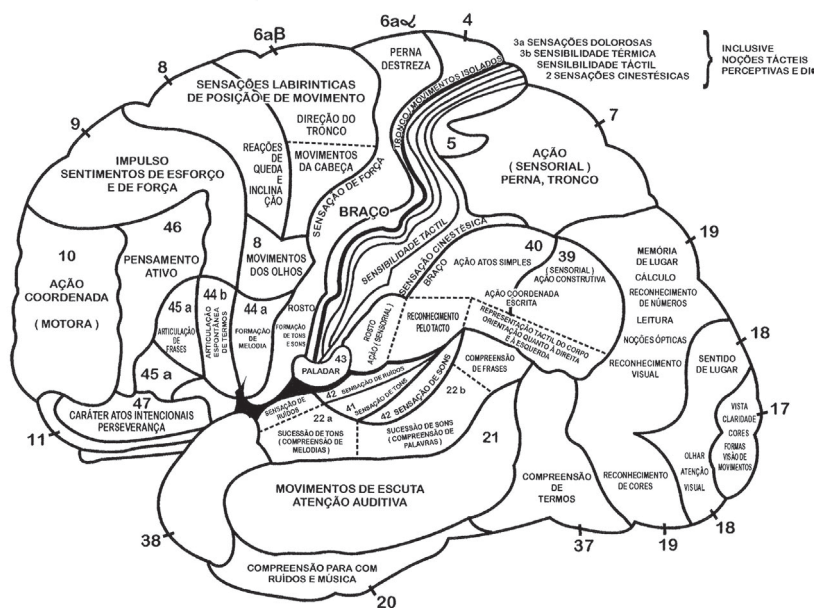
Quanto à teoria cerebral, portanto, Gall foi o antecessor imediato de Comte, o qual, entre os anos de 1851 e 1854, definiu teoricamente as posições relativas dos diversos órgãos encefálicos. No caso da linguagem o filósofo antecipou Paul Broca ao localizar os órgãos da linguagem entre os bordos anteriores da região frontal e a área temporal (Xavier, 1962). Já naquele século XIX Audiffrent (1869), médico e discípulo de Comte, concebia o cérebro como um conjunto de “sistemas celulares”. Contudo, a demonstração objetiva de uma localização funcional seria feita mesmo por Broca, ao identificar, concretamente, em 1861 a sede encefálica da lesão num caso de afasia. Afirma Luria (1979):

“O verdadeiro nascimento da investigação científica das alterações de processos mentais pode situar-se com toda justiça no ano de 1861, quando o jovem anatomista francês Paul Broca teve ocasião de descrever o cérebro de um paciente que durante muitos anos havia observado na Salpêtrière com uma importante alteração da linguagem motora e mostrou que o terço posterior do giro frontal inferior (esquerdo) do cérebro estava destruído”.

Na década seguinte, em 1873, o psiquiatra alemão Karl Wernicke descobriria a sede cerebral da afasia sensorial, outra alteração da linguagem, localizada no terço posterior do giro temporal superior esquerdo. Pela primeira vez alterações cerebrais precisamente localizadas e associadas a sintomatologia específica puderam ser cabalmente demonstradas. Wernicke estabeleceria as bases necessárias ao desenvolvimento do conceito de sistemas cerebrais.

Pela mesma senda trilharia Karl Kleist (Silveira, 1959) a partir de estudos de feridos com trauma encefálico durante a Primeira Guerra Mundial. Ele servira como neuro-cirurgião e tivera a oportunidade de acompanhar centenas de pacientes com lesões do cérebro; pode fazer observações precisas. Completou suas pesquisas durante a década seguinte, e

sistematizou todo o conhecimento adquirido sobre patologia cerebral em *Gehirnpathologie*, publicado em 1934. Embora interpretando de modo diverso os dados clínicos, é na obra de Kleist que Silveira alicerça, em grande parte, as concepções de esferas e sistemas cerebrais, correlações cérebro-psíquicas e o estudo das psicoses, especialmente da esquizofrenia em relação com as psicoses de evolução benigna. O esquema 1 mostra uma das cartas cerebrais de Kleist, traduzida por Anibal Silveira:



ESQUEMA 1. CARTA CEREBRAL DE KLEIST TRADUZIDA POR SILVEIRA (1937a).

Silveira (1966) aponta em *Psicologia fisiológica* que a obra do autor alemão representa aspecto convergente e sintético de todas as pesquisas anteriores sobre patologia cerebral. Porém, quem na verdade realizou plenamente a síntese mais satisfatória foi o próprio Silveira. Culminando pesquisas que vinha fazendo desde a década de 1930, ele define o encéfalo como um conjunto de regiões diferenciadas

entre si estrutural e funcionalmente. Cada região representa para ele um órgão distinto que estabelece ligações específicas com outras regiões, formando sistemas: os sistemas cerebrais. Na sua concepção estes são conjuntos de áreas cerebrais em que umas regem outras, estabelecendo entre si uma hierarquia funcional. O encéfalo não é considerado nem um órgão único nem um aglomerado de centros isolados. É um conjunto de órgãos interligados em sistemas, e distribuídos por três grandes áreas corticais: parieto-occipito-cerebelar, parieto-temporal e frontal. Cada área ou esfera é, portanto, um conjunto de órgãos ordenados. Cada sistema pode ser estudado segundo os níveis de integração estático ou estrutural, e dinâmico ou funcional. Ou ainda, em outros termos, pelos níveis anatômico, vegetativo, neurológico e psíquico. Há entre os diversos órgãos e sistemas relações harmônicas e específicas (Silveira, 1966):

“Daí o conceito de hierarquia funcional da qual decorre tanto a regência de umas áreas para com as outras do mesmo sistema quanto a difusão orientada do estímulo através do sistema”.

Concebido desse modo o cérebro funciona como um todo, porém cada região é estrutural e funcionalmente diferenciada e suas interligações formam sistemas. Portanto, nenhuma função pode ser localizada, apenas o substrato cerebral correspondente. Além disso muitas das funções são complexas e exigem o concurso de várias áreas encefálicas, ao passo que mesmas funções podem ser exercidas por regiões diferentes. Na síndrome do lobo frontal Silveira (1945), identificou os sintomas decorrentes de lesão intrínseca dessa área encefálica e os sintomas por repercussão a distância.

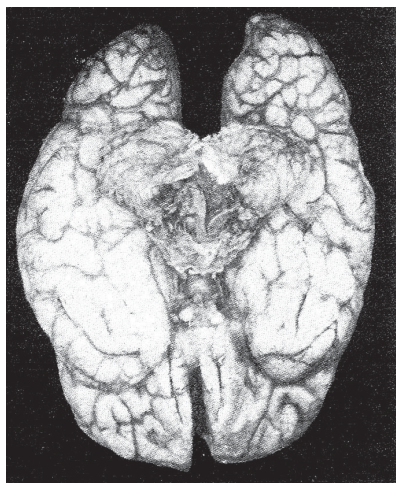
O conhecimento prévio das funções é imprescindível para a identificação dos órgãos correspondentes. O método utilizado por Silveira primeiro estabelece a função psíquica, e só depois a estrutura encefálica correlata; é a função que permite a identificação da estrutura. Essa é a essência do método subjetivo

aplicado por ele: da dinâmica para a estática e do todo para as partes.

As áreas mais complexas, mais dependentes, são estimuladas pelas mais simples e enérgicas, mais independentes, que, por seu turno, são regidas pelas primeiras. Do mesmo modo aquelas de desenvolvimento filogenético mais recente regem as mais antigas. É o fenômeno da *regência funcional*, que do ponto de vista evolutivo individual começa no paleocerebelo, passa para o neocerebelo, daí para o córtex cerebral peri-silviano, para o lobo frontal, depois para o frontal subordinado e termina no lobo frontal dominante, em geral o esquerdo. O fenômeno é neuropsíquico. Ao processo Dusser de Barenne, cujos estudos fisiológicos da dinâmica cerebral convergiram com os de Kleist no plano patológico, deu o nome de “corticalização funcional”. Silveira (1966), ainda observa que o amadurecimento encefálico corresponde à época de mielinização conforme demonstrou Fleschsig. E, também, que em ambos os hemisférios cerebrais as regiões simétricas são estruturalmente homólogas, o que proporciona *cooperação seletiva* entre si, por meio das vias interhemisféricas do corpo caloso. Isso ajuda a entender a *alternância fisiológica ou funcional*, em condições normais, e a *ação de suplência* que uma área íntegra de um hemisfério exerce sobre outra lesada do hemisfério contra-lateral. A suplência também pode ocorrer entre uma área e outra no mesmo hemisfério, dadas as conexões transcorticais. O exemplo abaixo, fruto de observação pessoal inédita de Anibal Silveira, foi extraído de *Lesões casuais e lesões sistemáticas do cérebro nas doenças mentais* (Silveira, 1937), comunicação apresentada à Seção de Neuropsiquiatria da Associação Paulista de Medicina em 19 de novembro de 1937:

“SC, de 60 anos, apresentava deficiência mental grave e profunda, de aparência congênita. O exame neurológico revelava apenas ligeira hipertonia em ambos os membros inferiores. Entretanto à verificação necroscópica deparamos com grave atrofia do

cerebelo, que devia remontar aos primeiros meses de idade. Não entraremos em pormenores a respeito desse caso, que ainda conservamos inédito, mas desejamos acentuar que aí os polos frontais teriam sido desviados da atribuição normal, absorvidos pelo trabalho de suplência para com a função neurológica do cerebelo, deficiente”.



ENCÉFALO COM ACENTUADA ATROFIA CEREBELAR (SILVEIRA, 1937a)

O funcionamento global do encéfalo é harmônico e integrado. Tal integração, porém, é funcional, não espacial, e é por isso que zonas cerebrais próximas podem ter pouca afinidade entre si, enquanto lesões de uma região podem repercutir à distância, constituindo as *desordens de repercussão*. Uma mesma região comporta fenômenos de natureza neurofisiológica e psicofisiológica; na patologia sintomas neurológicos e psicológicos. Como aponta Silveira (1945) o dinamismo, tanto das desordens de repercussão como da ação de suplência, em nível funcional mais objetivo permite compreender o que ocorre no plano das funções subjetivas da personalidade.

De modo independente os estudos neuropsicológicos de AR Luria (1977 e 79) confirmam em grande medida os resultados de Silveira. Para o autor russo o cérebro é concebido como um *complexo sistema funcional hierarquicamente estruturado*. As várias funções resultam do funcionamento de diversos sistemas integrados, bem como dos vários componentes de cada sistema. São processos complexos e não podem ser localizados. É Luria (1979) quem afirma:

“...os processos mentais tais como percepção e memória, gnose e práxis, linguagem e pensamento, escrita, leitura e aritmética, não podem ser considerados como faculdades isoladas nem tampouco indivisíveis, que se pode supor função direta de limitados grupos de células ou estar localizadas em áreas particulares do cérebro”.

Como Silveira ele aponta a origem social dos processos citados e sua derivação ao longo da evolução. Define o substrato cerebral como “sistemas de zonas que trabalham concertadamente”. A tarefa não é localizar, mas sim averiguar a participação de áreas concertadas na execução de atividades mentais complexas, as contribuições de cada área ao sistema funcional total. Ainda mais próximo do método silveiriano, Luria afirma que para determinar a base cerebral de um processo mental qualquer é preciso fazer cuidadoso estudo prévio da estrutura psicológica desse processo. Só depois procurar estabelecer as ligações com os “sistemas cerebrais”. Como para Silveira também para ele a localização espacial não coincide necessariamente com a dinâmica funcional.

Segundo Luria (1977) no cérebro podem ser distinguidas três unidades funcionais principais: a primeira, básica, é responsável por manter o tônus cortical (bloco energético do cérebro), a segunda por receber, elaborar e conservar informação e uma terceira unidade cuja tarefa é programar, regular e controlar a atividade humana (comportamento). A primeira tem sua expressão principal no sistema reticular ativador que

leva para o córtex a carga de energia procedente das estruturas filogeneticamente mais antigas como o tronco cerebral e o diencefalo. Enquanto isso fibras descendentes partem do córtex frontal, e exercem sobre elas função reguladora (Luria, 1979). Embora interpretadas de modo algo diverso as funções da primeira unidade correspondem, em grande parte, às da esfera afetiva de Silveira como veremos adiante; é a esfera básica e estimuladora de todas as demais. A segunda unidade abrange a ampla região occipito-parieto-temporal da convexidade, e está relacionada com processos prévios àqueles propriamente intelectuais dos quais participam, na concepção silveiriana, também funções afetivas e conativas. Para Luria essa unidade é regida por três leis básicas: a lei da estrutura hierárquica das zonas corticais, onde as zonas superiores subordinam as inferiores; a lei da especificidade decrescente em que as zonas superiores, mais inespecíficas e indiferenciadas, organizam e integram o trabalho das áreas mais específicas; e a terceira lei, que é a lei da lateralização progressiva, pela qual a dominância cerebral desloca-se para o hemisfério esquerdo (nos indivíduos destromanos), que assume “todas as formas superiores de atividade conectadas com a linguagem”, isto é: percepção organizada em esquemas lógicos, memória verbal ativa e pensamento lógico. Enquanto isso o hemisfério direito permanece subdominante, mais ligado à esfera emocional do homem (Luria, 1977). Finalmente a última unidade funcional responde pela programação, regulação e controle do comportamento. Relaciona-se com os lobos frontais (Luria, 1979):

“Os lobos frontais não só realizam a função de síntese dos estímulos externos, preparação para a ação e formação de programas, senão também a função de tomar em consideração o efeito da ação levada a cabo e verificar se esta tomou o curso devido”.

Esta última unidade corresponde em Silveira à inteligência, englobando também as funções da esfera conativa, que serão

expostas adiante. O importante nesse momento é ressaltar as evidentes semelhanças entre as concepções dos dois autores, em especial no que toca à organização encefálica e às correlações neuro-psíquicas.

É em *Psicologia fisiológica* que Silveira (1966) estabelece os cinco postulados de sua teoria psicológica de fundamento encefálico:

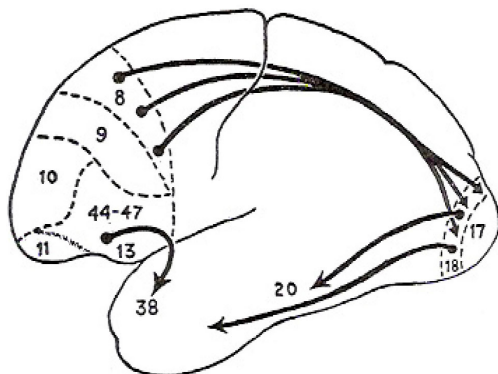
- “1. No domínio cerebral, como nos demais setores do organismo, existe íntima correlação entre o plano funcional e o plano estrutural: no caso, funções neuropsíquicas e organização anatômica do encéfalo.
2. A cada função psíquica simples corresponde necessariamente um órgão cerebral distinto.
3. A identidade prévia da função é indispensável à pesquisa do órgão correspondente, da mesma forma que a estática se depreende da dinâmica.
4. Tanto no plano dinâmico como no plano estrutural, a pesquisa só se torna eficaz quando procede do complexo para o simples ou do todo para as partes.
5. A estrutura e as condições anatômicas dos órgãos cerebrais permitem compreender-lhes as funções psíquicas; porém, estas obedecem a leis próprias e não são redutíveis a fenômenos de outra categoria qualquer, nem mesmo aos fisiológicos”.

Os órgãos estão distribuídos pelo córtex encefálico em três zonas cerebrais e no cerebelo: cerebelar-parieto-occipital, parieto-temporal e frontal (Silveira, 1945), que formam conjuntos funcionais. Os órgãos prepostos à esfera afetiva são posteriores, enquanto os da inteligência são anteriores e os da conação, intermediários, grosso modo. Os correspondentes aos instintos de conservação: nutritivo, sexual e de posse localizam-se no córtex encefálico menos diferenciado, respectivamente no verme e hemisférios cerebelares, e na região cerebral occipital.

A regência vegetativa (metabólica), é feita pelo instinto nutritivo através da intermediação dos núcleos hipotalâmicos diencefálicos, enquanto a regência da sexualidade se faz por meio dos núcleos amigdaloides. As regiões responsáveis pelas demais funções afetivas da individualidade (tendências à destruição e construção, e necessidades de domínio e aprovação), encontram-se distribuídas na parte inferior do córtex parieto-occipital. Das funções da sociabilidade as duas menos diferenciadas (apego e veneração) estão ligadas à região parieto-occipital superior (área 7 de Brodmann); a mais diferenciada (bondade) está referida ao lobo frontal, porção superior posterior (área 6 de Brodmann). Ainda no lobo frontal estão os órgãos da inteligência: observação concreta na área 46 de Brodmann e abstrata na área 10, elaboração indutiva na 8 e dedutiva na 9. A zona orbitária responde pela integração dos instintos. Os órgãos da expressão verbal, nas áreas 44 e 45, e mímica, na parte inferior das áreas 6, 8 e 9, completam a zona intelectual. Estas funções ligadas ao lobo frontal regem o contato intelectual com o ambiente por meio dos núcleos talâmicos. Funções conativas relacionam-se com a zona parieto-temporal, e regem a motilidade por meio dos núcleos da base do cérebro.

As vias principais de interesse aqui, e que interligam as várias regiões encefálicas constituem grandes feixes nervosos de projeção e associação. Entre as primeiras estão as vias fronto-pontinas, que ligam as zonas motoras piramidais e a ponte, e as fronto-rúbricas, que ligam as zonas extrapiramidais com os núcleos motores. Além disso porções específicas do córtex ligam-se aos núcleos sensoriais subcorticais de modo aferente e eferente. As vias tálamo-frontais, ascendentes, partem do cerebelo, e dirigem-se a vários pontos do cérebro anterior. As grandes vias de associação ligam áreas distintas do mesmo hemisfério entre si: o feixe longitudinal superior (arqueado), que é fronto-têmporo-occipital e eferente, o feixe unciforme do giro orbitário ao temporal anterior, também eferente, e o feixe occipito-frontal. Há ainda as vias inter-hemisféricas como

aquelas do corpo caloso, que interligam ambos os hemisférios cerebrais. Algumas das vias cortico-corticais podem ser vistas no esquema 2: occipito-frontais, occipito-temporais e fronto-temporais.

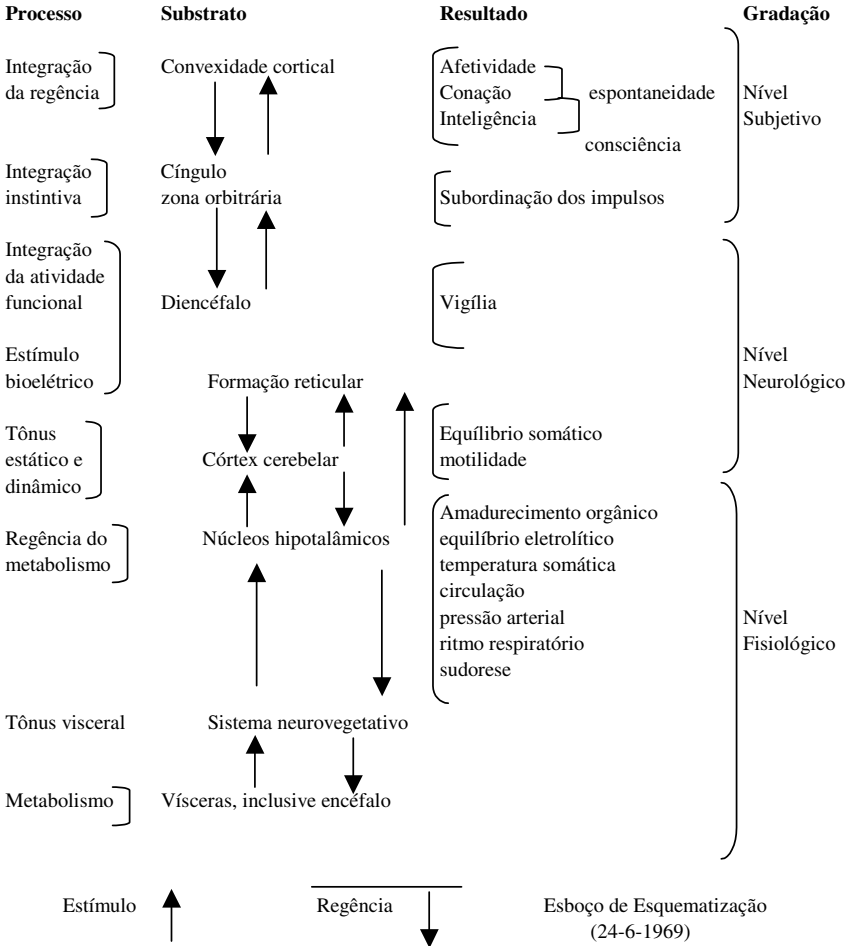


ESQUEMA 2. ALGUMAS CONEXÕES CORTICO-CORTICAIS, SEGUNDO FULTON, CITADO POR SILVEIRA (1962). OS NÚMEROS CORRESPONDEM ÀS DIVERSAS ÁREAS SEGUNDO BRODMANN.

Na dinâmica do encéfalo Silveira considera estímulo a excitação que as funções mais básicas e independentes provocam sobre as mais dependentes; em sentido inverso há regência (Barros, 1978). Os estímulos fisiológicos têm origem nos processos metabólicos das vísceras (incluindo o encéfalo), e através do sistema neuro-vegetativo atingem os núcleos hipotalâmicos, onde ocorre a regência do metabolismo. Funções fisiológicas como ritmo respiratório, pressão arterial, circulação sanguínea, temperatura corporal, equilíbrio eletrolítico, bem como o próprio amadurecimento orgânico, resultam desse nível fisiológico de integração. Contudo os núcleos hipotalâmicos não agem de modo independente; eles se ligam ao córtex cerebelar e o estimulam, resultando no equilíbrio somático e na motilidade; por sua vez o cerebelo estimula o diencéfalo e a formação reticular, despertando e mantendo a vigília. Nesse

nível neurológico da regência ocorre a integração da atividade funcional. As estruturas diencefálicas, por sua vez, estão ligadas e estimulam as regiões do cíngulo e da zona orbitária, onde ocorre a integração instintiva, já com expressão subjetiva. É nessa área cortical mais primitiva que se dá a subordinação frontal dos impulsos. A dinâmica encefálica se completa com a estimulação da convexidade cortical pelas áreas diencefalo-reticulares, onde a integração da regência resulta na espontaneidade e na consciência. O caminho da regência encefálica segue inverso ao estímulo: começa na convexidade cortical, passa para a zona orbitária e o cíngulo, depois o diencefalo e formação reticular, córtex cerebelar, núcleos hipotalâmicos, sistema neuro-vegetativo e vísceras. O esquema 3 abaixo, elaborado por Anibal Silveira e anotado por Barros (1978) mostra com mais clareza esses processos.

Estímulo e Regência na Dinâmica do Encéfalo



ESQUEMA 3. ESTÍMULO E REGÊNCIA NA DINÂMICA DO ENCÉFALO, POR ANIBAL SILVEIRA (1969), ANOTADO POR JOACYR SALLES BARROS (1978).

As diversas regiões encefálicas também foram estudadas por Silveira (1966) em *Psicologia fisiológica* como substrato do comportamento, desde a vida fetal até o quinto ano de vida extra-uterina, conforme o amadurecimento evolutivo dos sistemas correspondentes. Entende ele que o feto a termo já apresenta todas as características morfológicas do cérebro adulto. Mas a maturação funcional ainda não é completa. Tal maturação relaciona-se com a época em que as fibras nervosas se mielinizam, de acordo com Fleschsig (Silveira, 1966). Esse autor identificou três grupos de territórios mielogenéticos: os primordiais, cujas fibras já estão mielinizadas ao nascimento; os terminais, cuja mielinização começa a partir da oitava semana de vida extra-uterina; e os intermediários. Os territórios primordiais correspondem às áreas sensoriais: olfato e paladar (1º dia), tato, audição e visão (1º mês). Territórios intermediários envolvem o lobo frontal posterior, áreas 6, 8 e 46 de Brodmann. A parte anterior, áreas 9 e 10, correspondem a territórios terminais. Desse modo observa-se motilidade fetal desde o 2º mês, de caráter tônica, lenta, rudimentar. No 4º mês os movimentos tornam-se mais acentuados e rápidos, embora ainda reflexos. Com o nascimento começam as funções de relação, inicialmente ligadas à nutrição. Após o primeiro mês a criança passa a reconhecer o ambiente e a distingui-lo de si; por volta do 4º mês. Com um ano de vida extra-uterina adquire a noção tridimensional do espaço; a criança lida com objetos em seu campo visual, e ao mesmo tempo vai firmando o equilíbrio estático e coordenando melhor os gestos. Aos poucos rasteja, e desloca-se sobre quatro membros (marcha cerebelar). Com a regência do lobo frontal a marcha se torna ereta, os movimentos especializados e a palavra articulada torna-se o recurso expressivo preferencial. Daí por diante o cerebelo assume os fenômenos neurológicos básicos, o hemisfério cerebral subordinado os processos neurológicos diferenciados, e o hemisfério dominante as funções psíquicas. O quadro 1

resume as fases de amadurecimento funcional do período intra-uterino ao 5º ano de vida extra-uterina.

Idade	Sistema amadurecido	Resultado principal	Nível funcional
2º mês fetal	Aparelho segmentar	Reflexos lentos	Motilidade
4º mês fetal	Aparelho supra-segmentar	Reflexos rápidos	Motilidade
0 dia	Núcles motores de base	Reflexo do nascimento	Motilidade
1º dia	Zona rolândica	Olfato e paladar	Alimentação
1º mês	Corticalidade cerebral	Audição, visão e tato	Reconhecimento
2º mês	Zona peri-rolândica	Noções de objeto, do corpo e espaço	Identificação do corpo e ambiente
1º ano	Sistema neo-cerebelar	Equilíbrio, coordenação motora e dos esfínteres	Noção de 3ª dimensão
2º ano	Sistema fronto-cerebelar	Marcha ereta, mímica imitativa	Dominância hemisférica
3º ano	Região temporal-prefrontal	Linguagem simbólica	Aprendizado de noções
5º ano	Região parieto-temporal frontal alta	Sociabilidade, construção	Identificação seletiva

QUADRO 1. SUBSTRATO CEREBRAL DO COMPORTAMENTO, BASEADO EM ANIBAL SILVEIRA (1966).

Fica pois firmemente assentada a base biológica da estrutura da personalidade, esta concebida como conjunto de funções subjetivas dependente do funcionamento encefálico. No entanto, tais funções, interligadas em sistemas e agrupadas em esferas, só se desenvolvem plenamente em contato com o ambiente social. A personalidade emerge da interação do encéfalo com o ambiente social. A base sociológica desse processo será estudada no próximo capítulo.

Referências bibliográficas

- AUDIFFRENT G., *Du cerveau et de l'innervation*. Paris: Dunot, 1869.
- LEMOS J de., *Funções do Cérebro*. Rio de Janeiro: Editora do Autor, 1981.
- KLEIST K., *Gehirnpathologie*. Leipzig: Ambrosius Barth, 1934.
- LURIA A. R., *Introducción evolucionista a la psicología*. Barcelona: Editorial Fontanella, 1977.
- _____. *El cerebro en acción*. Barcelona: Editorial Fontanella, 1979.
- SILVEIRA A. *Syndromo do lobo frontal*. São Paulo: Médico, 7(I): 167-193, 1934.
- _____. *Lesões casuais e lesões sistemáticas do cérebro nas doenças mentais*. Arq. Assist. Psicopatias, 2: 191-217, 1937a.
- _____. *Das leis estáticas e dinâmicas da inteligência. Aplicação à patologia mental*. Arq. Assist. Psicopatias, 2: 571-582, 1937b.
- _____. *Caracterização da patologia cerebral, da psicopatologia e da heredologia psiquiátrica na doutrina de Kleist*. Arq. Neuro-psiquiatria, 17(2): 102-142, 1959.
- _____. *Psicologia fisiológica*. Maternidade e infância, 15(1), 1966.
- _____. (1969). *Estímulo e regência na dinâmica do encéfalo*. Anotado por Barros J. S. Conceito de medicina psicossomática. Apostila da Sociedade Rorschach de São Paulo, 1978.
- SILVEIRA A., SILVA C., ROBORTELLA M. *Contribuição para a semiologia psiquiátrica: a pneumoencefalografia*. Prêmio Austregésilo de Neuro-psiquiatria. Rio de Janeiro, Academia Nacional de Medicina, Rio de Janeiro, 1945.
- _____. *Sistemas cerebrais na patogênese das psicoses endógenas*. Separata. Arq Neuro-psiquiatria, 20(4), 1962.
- SULLIVAN H. S., *Concepciones de la psiquiatria moderna*. Buenos Aires: Editorial Psique, 1972.
- XAVIER A., *Funções do cérebro*. Rio de Janeiro: Livraria São José, 1962.

Base sociológica

Sociologia positiva.
Contribuições de Durkheim.
Contribuições de Roger Bastide.
Paralelismo com a teoria geral dos sistemas.

Silveira buscou a base sociológica de suas concepções na sociologia positiva. Auguste Comte foi o fundador da sociologia, a qual teve, desde então, múltiplos desenvolvimentos (Comte, 1851). No vasto campo da sociologia vamos encontrar aprofundamentos, aperfeiçoamentos e correções da proposta iniciada por Comte. Émile Durkheim e Roger Bastide são dois autores identificados com ela.

O princípio básico da harmonia mental é, para Silveira (1937), a sujeição das concepções individuais ao mundo exterior. Esse mundo exterior é a um tempo físico e social, sendo a sociabilidade a característica distintiva do homem. Segundo Comte, para quem, em condições normais, as forças altruísticas subordinam as egoísticas, a crise do mundo moderno está ligada ao desenvolvimento do individualismo a partir do século XVI, o que levou Bastide (1954) a afirmar que “o individualismo leva ao caos”. Entendemos por amadurecimento o processo de subordinação da individualidade à sociabilidade, para o estabelecimento de relações harmônicas com o ambiente. Tal harmonia, contudo, não é absoluta e deve ser vista como um equilíbrio psíquico dinâmico e até certo ponto instável, que depende das iniciativas do indivíduo e dos meios e limites interpostos pelo ambiente imediato. Daí a importância da liberdade e da responsabilidade humana. Cada homem é um ser social que integra, em conjunto com os demais seres humanos, uma humanidade que lhes é comum. A estrutura da personalidade é peculiar à espécie. Porém, em termos de

comportamento estrito o que é considerado normal e aceitável para determinado grupo pode não ser para outro. Observa Coelho (1982) que a liberdade consiste na aceitação, pelo homem, das leis que regem sua natureza física e social. Mas a autora adverte que os fenômenos mais complexos são também os menos previsíveis e considera, no fundo, uma impossibilidade a formulação de “leis capazes de prever o comportamento humano”. Daí ser a liberdade tão caracteristicamente humana e implicar em tamanha responsabilidade face à existência social. A subordinação da individualidade à sociabilidade acima referida ocorre no interior da personalidade, mas seu desenvolvimento também depende das forças externas do ambiente social. Em condições normais o processo é harmônico, desprovido de traumas e rupturas. Família, igreja, escola, trabalho e demais instituições formam um complexo sócio-histórico de transmissão cultural. O fato social antecede e explica o fato psicológico. Durkheim denominou *consciência coletiva* o resultado sintético da fusão das consciências individuais; uma síntese, não uma soma. Pode-se afirmar que há uma unidade intelectual e afetiva da sociedade, a qual é transmitida de uma geração a outra. É esta alma coletiva que subordina a alma individual. Assimilar tudo isso e depois reelaborar é tarefa da personalidade individual em formação.

Toda sociedade tem suas regras e a desintegração normativa pode lançar os indivíduos num estado que Durkheim chamou de *anomia*. Bastide (1967), estudando o tema, observou que a palavra anomia adquiriu no pensamento sociológico dois sentidos diferentes, embora complementares: no primeiro deles, de caráter objetivo, significa a ausência de regulamentação das funções sociais de um ponto de vista exterior aos indivíduos, ambiental; no segundo, subjetivo, a visão é interior, psíquica, como falta de auto-controle ou de concordância face às regras estabelecidas. Ele aduz que “é forçosamente através das consciências individuais que o fator social poderá agir”. Com o que está de acordo Coelho (1982) ao escrever que a

experiência social está presente na consciência individual. A primazia, no caso humano, é, portanto, socio-psicológica e não biopsicológica. O indivíduo nasce e se desenvolve no interior de uma determinada sociedade, cuja influência direciona a expressão dos seus instintos, suas tendências e necessidades. Além disso ela estimula a construção intelectual. É por isso que Durkheim (1887) observa:

“...a sociedade não pode se constituir senão na medida em que penetre as consciências individuais e que as molde à sua imagem e semelhança; sem querer dogmatizar em excesso, podemos dizer com segurança que certo número de nossos estados mentais, os mais essenciais, têm uma origem social. Assim, é o todo que, de certo modo, faz a parte, pelo menos como sua conseqüência. O produto por excelência da atividade coletiva é esse conjunto de bens intelectuais e morais que chamamos civilização... De outro lado é a civilização que fez do homem o que ele é, é ela que o distingue do animal. O homem só é homem porque é civilizado. Procurar as causas e as condições de que depende a civilização é procurar também as causas e condições do que existe no homem de mais especificamente humano”.

Para o autor a sociedade constitui o homem; em grau menor este a modifica. A vida social se faz presente na vida de cada um através do que ele denominou *representações coletivas* (Bastide, 1967). Estas abarcam tanto os modos de pensar como os conteúdos de tudo o que é pensado por determinada coletividade: valores, mitos, tradições, lendas populares, tabus, práticas religiosas e mágicas, crenças morais. São estados de consciência coletiva que exprimem como os grupos se concebem a si mesmos ao longo da evolução histórica. É pensamento sedimentado. Para estudar às representações Durkheim propôs a constituição de uma psicologia social como ramo especial da sociologia. Aliás, ele considerava que a

filosofia devesse dar lugar à psicologia por um lado e à sociologia por outro (Lukes, 1977).

Mais recentemente Moscovici elaborou o conceito de *representações sociais*, derivando-o das representações coletivas de Durkheim (Oliveira e Werba, 1998). Compreendem estas um conjunto de conceitos e proposições sobre saberes populares e cotidianos, compartilhados coletivamente, cuja finalidade é construir e interpretar a realidade. São pensamentos práticos derivados do senso comum, dos universos consensuais. Representar um objeto é reconstruí-lo subjetivamente, é reconstituí-lo através de uma imagen psíquica. Para Moscovici as representações sociais são formadas por dois processos complementares: ancoragem e objetivação. Ancorar é integrar ao conhecimento os objetos representados, é dotá-los de sentido, incorporá-los aos universos consensuais, tornando-os familiares. Objetivar já é dotar um conceito de uma imagem objetiva que o materialize. As representações sociais são menos sedimentadas que as representações coletivas. Servem ao propósito de tornar familiar tudo aquilo que é estranho. O conceito produz desdobramentos metodológicos fecundos a partir da concepção inicial de Durkheim e ainda mantém ligações com as teorias de Piaget e Vigotsky, respectivamente quanto às representações infantis e culturais.

Ligando a idéia do todo que é a sociedade à idéia da parte que é o indivíduo Durkheim fez também considerações sobre as relações entre estrutura e função. Segundo a concepção que defende a estrutura provém da função. É a própria vida social que, simbolizada, resulta nas instituições. Já o método subjetivo adotado por Silveira, quanto aos fenômenos psíquicos, estabelece primeiro a identificação das funções para depois estudar os órgãos e sistemas cerebrais correspondentes. No plano subjetivo o todo é a personalidade, as partes as funções psíquicas e suas inter-relações dinâmicas.

Se a personalidade desenvolve-se na interação do plano biológico com o plano social, importa conhecer este último para melhor intervir.

Roger Bastide (1954) define a sociedade como um complexo de inter-relações reguladas por um conjunto de representações coletivas. Através da educação essas representações são transmitidas de uma geração a outra de modo que a personalidade é, de certo modo, uma construção social. A família faz a mediação entre o indivíduo em formação e a sociedade mais ampla, inculcando na criança as normas culturais de conduta, mas o que caracteriza a sociedade moderna é menos a família que a hierarquia de classes e a diversidade de papéis. Cada indivíduo pertence a muitos grupos diferentes: família, escola, profissão, sindicato, igreja, partido, clube. Cada grupo configura um certo papel, seja de pai ou filho, professor ou estudante, empregado ou patrão, militante, crente, desportista ou doente. Esses vários papéis definem a conduta social e podem, por sua natureza, entrar em conflito entre si no interior do indivíduo. Bastide ilustra essa idéia com a contradição existente entre a formação moral cristã, “que prega o altruísmo, o amor, o sacrifício” e o capitalismo, o qual está fundado no egoísmo, na busca do lucro sem limites e na concorrência.

A organização social permite a organização individual, que, por sua vez, promove a organização social; enquanto isso a desorganização da sociedade provoca a desorganização do indivíduo. Por isso Bastide defende tanto a adaptação dos indivíduos à sociedade como a adaptação desta aos primeiros. Fornecendo exemplos de pesquisas em antropologia cultural conclui ele que “enquanto o louco não tem entre nós nenhuma função, o primitivo lhe dá um papel social”. Além disso, se os tipos normais variam conforme as culturas, segundo seus sistemas de valores peculiares, por conseguinte, cada sociedade produz seus doentes mentais. A sociedade tem, por consequência, também a responsabilidade de fornecer os meios para a recuperação dos doentes e sua reintegração social.

Na base da existência humana está seu organismo biológico, o qual interage com o ambiente e resulta na personalidade, já em nível psicológico, subjetivo. Numa teoria

da personalidade de fundamento encefálico os sistemas psíquicos são concebidos como correlatos dos sistemas cerebrais, obedecendo a uma hierarquia lógica relativa a níveis específicos de integração. Cada nível tem suas próprias leis e comporta métodos de estudo apropriados. O nível sociológico, porém tem primazia porque numa teoria sistêmica como a de Silveira (1966) os níveis mais complexos e diferenciados regem os menos complexos. A adaptação do indivíduo à realidade depende de sua capacidade de simbolização, isto é, da capacidade de atribuir significados aos dados captados pela percepção. As experiências resultam da percepção e do consenso perceptual surge a realidade na qual o indivíduo age e à qual reage. Modifica e é modificado por ela.

A visão de Silveira encontra eco no enfoque sistêmico. Ludwig von Bertalanffy (1973) é um dos responsáveis pelo desenvolvimento da teoria geral dos sistemas, entendidos como conjuntos de elementos em interação. A disciplina estuda as propriedades gerais comuns a sistemas diversos; um de seus objetivos é a integração das ciências naturais com as sociais. Às semelhanças estruturais entre os sistemas Bertalanffy denomina isomorfismos. Essa teoria procura ser uma “ciência geral da totalidade”, e baseia-se na ordem hierárquica, isto é, na superposição de sistemas, onde cada um deles é membro de um sistema superior e cada membro individual é sistema de um nível inferior. A ordem das partes (estrutura) e a ordem dos processos (função) podem adquirir idêntico sentido. Durkheim (1887) dissera:

“É sobretudo a propósito das sociedades que é lícito dizer que a estrutura supõe a função e dela provém. As instituições não se estabelecem por decreto, mas resultam da vida social e limitam-se a traduzi-la por símbolos aparentes. A estrutura é a função consolidada, é a ação que se tornou hábito e se cristalizou. Portanto, se não queremos ver as coisas sob seu aspecto mais superficial, se desejamos atingi-las em suas raízes, é sobretudo ao estudo das funções que devemos nos dedicar”.

Um sistema é um “complexo de elementos em interação” (Bertalanffy, 1973) e a teoria deve estudar tanto as relações entre os elementos de um mesmo sistema como as relações entre diferentes sistemas. Cada um integra vários elementos, porém comporta-se sempre como uma totalidade que tende a um estado final. É um processo direcional chamado equifinalidade, definido por Bertalanffy como uma teleologia dinâmica, que permite determinar os propósitos da ação e fazer previsões. A ação é inerente a cada sistema, que é intrinsecamente ativo. Na visão sistêmica o mundo é “a totalidade dos fenômenos observados”, e a realidade uma enorme ordem hierárquica de entidades organizadas em níveis superpostos. É importante observar que ao longo do tempo os sistemas vão se diferenciando, e uns se subordinam aos outros a partir de um estado inicial de equipotencialidade. Os organismos vivos são sistemas abertos e espontaneamente ativos sendo o homem caracterizado pela personalidade e por criar simbolicamente seu próprio universo. O universo humano é essencialmente um universo simbólico. Para Bertalanffy “*o homem vive em um mundo de símbolos*”.

Na hierarquia das funções o nível simbólico se superpõe ao do organismo seguindo um princípio de acordo com o qual a hierarquia é determinada pela complexidade e dependência do nível funcional. Isto é, as partes dirigentes são aquelas filogeneticamente mais recentes, as subordinadas as mais antigas. Em consequência o conceito de doença mental só pode ser relativo. Diz Bertalanffy que um indivíduo é mentalmente sadio se ele está integrado em determinada estrutura cultural; o que é considerado patológico em uma pode não ser em outra. Em *Some biological considerations on the problem of mental illness* (Bertalanffy, 1959) esse autor afirma:

“Os valores humanos são essencialmente necessidades e gratificações dentro de um sistema simbólico, que são próprios de uma civilização em determinado tempo e espaço”.

Novikoff (1945), que estudou a biologia sob perspectiva sistêmica, observa que a evolução se move dos níveis de integração menos complexos para os mais complexos (fenômeno que ele denomina progresso) e que o entendimento dos últimos depende do entendimento dos primeiros. Contudo, o entendimento dos níveis mais complexos não pode ser previsto a partir do comportamento dos menos complexos porque cada nível hierárquico exige abordagem apropriada e as leis dos níveis inferiores não explicam os superiores. Partes e totalidades influenciam-se mutuamente e a integração resulta da interação das partes. No que respeita ao homem a organização começa nas células, passa pelos tecidos, que constituem órgãos, estes formam sistemas e os sistemas o organismo, completando o nível biológico de integração. A interação de vários organismos forma grupos e populações que estruturam o nível sociológico. É da integração desses dois níveis que surge o nível subjetivo, psicológico, portanto. “Sob a influência da sociedade o biológico tem se tornado em psicológico” afirmou Bartlett, citado por Novikoff (1945).

Concluindo, o homem pode ser estudado sob as perspectivas biológica, psicológica e sociológica.

Um modelo biopsicossocial baseado na teoria geral dos sistemas foi proposto por Engel (1980), para quem tanto as totalidades como as partes componentes podem ser estudadas dentro de um contínuo hierarquicamente organizado. Assim o indivíduo corresponde ao mais elevado nível orgânico e ao menos elevado na hierarquia social. Entre a célula e a humanidade está a pessoa com seu universo simbólico. Um determinado sistema é sempre parte de um sistema maior. Engel destaca que “nada existe em isolamento” e que todo sistema é influenciado pela configuração de todos os sistemas dos quais é parte e cujo conjunto compõe o ambiente ao qual pertence. No caso do ser humano o ambiente é a natureza e a sociedade. Assim distribui esse autor os diferentes níveis de organização, onde a complexidade cresce de baixo para cima:

Biosfera
Sociedade-nação
Cultura-sub-cultura
Comunidade
Família
Duas-pessoas
Pessoa
Sistema nervoso
Órgãos e sistemas de órgãos
Tecidos
Células
Organelas
Moléculas
Átomos
Partículas sub-atômicas

Cada nível hierárquico exige métodos próprios de investigação, adequados ao seu grau de complexidade. Durkheim (1887) já afirmara que “os fatos sociais são mais complexos que os fatos psíquicos”, e esses mais que os biológicos e físico-químicos.

Outro autor identificado com o ponto de vista sistêmico, Halliday (1943), considera que tanto a evolução do organismo como as causas dos processos psicopatológicos devem ser pensadas em termos de interação dinâmica entre a natureza do indivíduo e a natureza do ambiente. Para ele:

“A personalidade se desenvolve na interação do substrato biológico humano com a matéria, energia e informação externa ao sistema biológico, que é do ambiente, da família nuclear, da escola, dos grupos, da comunidade, da nação e da cultura. De igual modo

as origens da psicopatologia não podem ser pensadas dentro do indivíduo somente, mas no seu sistema total de relações, incluindo sua fisiologia, sua família nuclear e mesmo os padrões de sua cultura”.

Na concepção de Silveira a personalidade tem fundamento encefálico, e se desenvolve na relação com o ambiente físico e social. Sua harmonia decorre da subordinação das forças da individualidade às da sociabilidade. Para a realização desta harmonia é preciso que as construções subjetivas se sujeitem ao meio exterior, especialmente ao meio social. Esta sujeição, porém, não implica passividade, mas um processo ativo. O sujeito intervém e reelabora o material social, podendo surgir daí concepções originais e criativas, mudanças, transformações. A própria evolução social também depende de ações do agente social.

Referências bibliográficas

- BASTIDE R., *A psiquiatria social*. Arq. Assist. Psicopatas, 19 (1-2): 53-137, 1954.
- _____. *Sociologia das doenças mentais*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1967.
- BERTALANFFY Lv., *Some biological considerations on the problem of mental illness*. Bulletin of the Meningen Clinic, 23(2): 41-51, 1959.
- _____. *Teoria geral dos sistemas*. Petrópolis: Editora Vozes, 1973.
- COELHO L. M. S., *Epilepsia e personalidade*. São Paulo: Editora Ática, 1980.
- _____. *Fundamentos epistemológicos de uma psicologia positiva*. São Paulo: Editora Ática, 1982.

- COMTE A., *Système de politique positive, ou Traité de Sociologie* (1851). Paris: Librairie Scientifique-Industrielle de L. Mathias, 1879.
- DURKHEIM E., *Aula inaugural do curso de ciências sociais, Bordeaux* (1887). In: Castro AM, Dias EF: Introdução ao pensamento sociológico. Rio de Janeiro: Livraria Eldorado Tijuca, 1978.
- ENGEL G. L., *The clinical application of the biopsychosocial model*. Am J Psychiatry, 137(5): 535-544, 1980.
- HALLIDAY J., *Principles of aetiology*. Br J Med Psychol, 19: 367-380, 1943.
- LEMONS J de., *Funções do Cérebro*. Rio de Janeiro: Editora do Autor, 1981.
- LUKES S., *Bases para a interpretação de Durkheim*. In: Cohn G: Sociologia: para ler os clássicos. Rio de Janeiro: LTC, 1977.
- NOVIKOFF E. *The concept of integrative levels and biology*. Science, 101: 209, 1945.
- OLIVEIRA F. O, WERBA G. C., *Representações sociais*. In: Jacques MGC, Strey MN, Bernardes NMG, Guareschi PA, Carlos SA, Fonseca TMG: Psicologia Social Contemporânea. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.
- SILVEIRA A., *Das leis estáticas e dinâmicas da inteligência: aplicação à patologia mental*. Arq. Assist. Psicopatol, 2:571-582, 1937.
- _____. *Psicologia fisiológica*. Maternidade e infância, 15(1), 1966.
- SULLIVAN H. S., *Concepciones de la psiquiatria moderna*. Buenos Aires: Editorial Psique, 1972.
- XAVIER A., *Funções do cérebro*. Rio de Janeiro: Livraria São José, 1962.

Teoria da personalidade

Conceito de personalidade. Estímulo e regência.

Estrutura: afetividade, conação, inteligência.

Funções psíquicas.

Dinâmica: interesse, motivação, atenção, memória, orientação, princípio de Audiffrent, emoção.

Percepção, teoria das imagens de Pierre Laffitte, noção, idéia, simbolização.

A *teoria da personalidade*, segundo Anibal Silveira, é uma teoria da subjetividade humana, uma teoria da alma humana destituída de qualquer conotação teológica ou metafísica. Considerava ele, pela abrangência e profundidade, três as principais construções teóricas no campo da personalidade: a de Comte (1851), a de Freud (1973) e a de von Monakow (1928). Adotou e ampliou a de Comte. Para Anibal Silveira a personalidade é um *conjunto de funções subjetivas hierarquicamente organizadas, inatas e coexistentes, ligadas ao funcionamento cerebral, o qual resulta da comunicação com o meio externo e interno. Estas funções regem continuamente e de modo harmônico as disposições genéticas do indivíduo e as suas inter-relações com o ambiente físico e social* (Coelho, 1980b).

Para melhor entendimento detalho, a seguir, cada termo do conceito silveiriano: *conjunto de funções subjetivas...*

O dado fundamental da concepção adotada e aperfeiçoada por Silveira é que a personalidade está constituída de um conjunto de funções subjetivas ou psíquicas simples ligadas entre si. Tais funções, em número de dezoito, estão distribuídas em três *esferas psíquicas: Afetividade, Conação e Inteligência*.

A afetividade é a esfera básica, que estimula as demais para a ação explícita e a adaptação à realidade; ela preside a conservação do indivíduo e da espécie, bem como as relações inter-pessoais. Além disso, reagindo aos processos intelectuais dá origem às emoções. Suas funções podem ser agrupadas em dois setores: *Individualidade e Sociabilidade*.

A individualidade corresponde ao setor egoístico da personalidade, integrada por *instintos, tendências e necessidades*; busca a satisfação instintiva voltada para o indivíduo. Instintos são os nexos subjetivos das funções orgânicas básicas. Já a sociabilidade corresponde ao setor altruístico, e é integrada pelos *sentimentos*. A harmonia psíquica decorre da subordinação das funções do primeiro setor às do segundo ou, em outras palavras, dos instintos aos sentimentos. A máxima moral positiva, moral eminentemente social, foi assim expressa por Comte: *Viver para outrem*.

A conação é a esfera que preside o comportamento, estimulando, inibindo e mantendo a ação explícita. Estimulando a esfera intelectual as funções conativas integram o processo da atenção.

A esfera intelectual promove o contato com a realidade de modo aferente, através da observação (concreta e abstrata) dos fenômenos captados, e eferente pela expressão-comunicação, depois de elaborar os dados nos modos indutivo e dedutivo. A comunicação representa o nível mais diferenciado e dependente do trabalho mental, enquanto o instinto nutritivo representa o menos diferenciado e mais independente.

Cada função subjetiva simples estabelece ligações preferenciais com outras e assim constituem os *sistemas psíquicos*, fundamentais para o entendimento do pensamento de Silveira.

Ainda detalhando o conceito de personalidade, as funções subjetivas são...*hierarquicamente organizadas*...isto é, mantém entre si relações de subordinação. Assim, as mais básicas estimulam as demais, enquanto as mais diferenciadas e específicas regem as mais indiferenciadas e gerais. Aquelas

agrupadas na esfera afetiva estimulam as conativas e intelectuais. Estas últimas, por seu turno, regem a afetividade e a atividade. *Estímulo* e *regência* são palavras que definem importantes processos na dinâmica psíquica. Além disso, quanto mais básica a função, mais geral, enérgica e independente ela é; quanto mais diferenciada, mais específica, fraca e dependente. Os sentimentos são mais dependentes e menos enérgicos que os instintos, por isso, para regê-los, necessitam do concurso do ambiente social; sozinhos não teriam força suficiente para subordinar a individualidade. Por isso o ambiente social é tão fundamental na dinâmica psíquica. Para Coelho (1982) o “ambiente social é o fator preponderante para o desenvolvimento da existência e ao aperfeiçoamento individual. Sua influência é decisiva para a determinação de cada modalidade particular de ação. O indivíduo é uma forma específica de expressão das condições sociais”.

A experiência social atua na consciência individual. Não só isso, como vimos, a própria emergência da personalidade é fruto da interação do organismo biológico com o meio sócio-cultural.

Além disso, as funções psíquicas são...*inatas e coexistentes*...

Silveira considera que todas as funções aqui descritas são peculiares à espécie e estão presentes desde a formação do encéfalo; são, portanto, inatas e coexistentes. Todo ser humano dispõe da mesma estrutura de personalidade, o que difere de um para outro é o arranjo peculiar, a dinâmica subjetiva, sempre ligada ao grau de amadurecimento do organismo e às experiências vividas.

...*ligadas ao funcionamento cerebral*...

Só existe personalidade porque existe um cérebro funcionando. Não há personalidade sem cérebro. Os sistemas psíquicos são correlatos dos sistemas cerebrais ou encefálicos. Esta é uma concepção organológica, que toma o encéfalo por um conjunto de órgãos interligados (Silveira, 1937), formando sistemas de órgãos, os quais podem ser apreciados pelos as-

pectos estáticos ou dinâmicos, estruturais ou funcionais (Silveira, 1966). Cada nível de integração desses obedece a leis próprias e, portanto, os princípios de um não explicam o funcionamento de outros. A teoria silveiriana não comporta reducionismos de nenhuma ordem. Além do mais, nenhuma das funções subjetivas pode ser localizada nas diversas regiões encefálicas, somente os órgãos que lhes servem de substrato admitem tal investigação.

...resulta da comunicação com o meio externo e interno...

As funções subjetivas não possuem existência autônoma, resultam das inter-relações entre organismo e ambiente. O meio interno biológico fornece a base encefálica necessária ao surgimento da personalidade, mas ela só se dá por conta de um meio social adequado. Embora sejam inatas as funções só se desenvolvem plenamente se o meio ambiente é favorável às suas variadas expressões. A ação recíproca entre os níveis biológico e social é determinante.

Estas funções regem continuamente e de modo harmônico as disposições genéticas do indivíduo...

Todo indivíduo possui disposições psíquicas fundamentais, que derivam grandemente da carga genética e se expressam na interação do organismo com o ambiente, através do que Silveira denomina *funções de ligação*. São elas a regência do metabolismo, o contato afetivo, a motilidade e o contato intelectual com a realidade, que resultam, respectivamente, nas reações individuais aos estímulos, nas relações inter-pessoais, na ação explícita e na adaptação à realidade (Coelho, 1980b). Estas ligações dependem tanto do substrato encefálico, como das solicitações sociais e experiências vividas. Explica Coelho (1982): “A dinâmica psíquica apresenta duas vias de ligação com o meio externo: a via intelectual e a motora. A ligação intelectual ocorre em ambas as direções: aferente, de captação dos materiais através dos órgãos sensoriais e do processo perceptual, donde resulta a noção da realidade; e a eferente, de comunicação das concepções subjetivas através da linguagem

que decorre do processo de simbolização. A ligação motora, que se faz através da apreensão e da locomoção, propicia a intervenção direta do indivíduo no ambiente. A função conativa, responsável pelo desencadeamento da ação, caracteriza a iniciativa e a espontaneidade das reações individuais”. Cabe à personalidade a regência dessas disposições.

Finalmente, a personalidade rege, no indivíduo...*as suas inter-relações com o ambiente físico e social...*

A personalidade representa o processo de ligação do organismo humano com o meio ambiente na medida em que ela própria se estrutura a partir dessa ligação e, ao mesmo tempo, rege as relações do indivíduo na sociedade. O fenômeno é, por um lado, bio-psicológico e por outro socio-psicológico. A primeira condição tem base nos instintos, tendências e necessidades; seu resultado manifesta-se como *espontaneidade*. A outra baseia-se nos sentimentos sociais, e aparece como *motivação*. Espontaneidade e motivação são aspectos dinâmicos afetivo-conativos, enquanto os estímulos afetivo-intelectuais são denominados *interesse*. A repercussão contínua da inteligência sobre a afetividade provoca a reação afetiva que Silveira denomina *emoção*. Quando essa repercussão circular se dá ao nível das funções da sociabilidade vai se estabelecendo a noção de identidade social.

Estrutura da personalidade

A estrutura da personalidade é formada por um conjunto de três esferas psíquicas, correlatas de esferas cerebrais: *afetividade*, *conação* e *inteligência*. Cada uma delas é composta de funções psíquicas simples interligadas em sistemas psíquicos. As ligações são preferenciais, não aleatórias, tanto no interior de cada esfera, como entre esferas diferentes.

O quadro 1 a seguir, mostra as funções psíquicas distribuídas pelos vários setores da personalidade, conforme elaboração de Auguste Comte (1851) em sua *Classificação positiva*

das 18 funções interiores do cérebro ou Quadro Sistemático da Alma, adotada e adaptada por Silveira. A terminologia adotada por Silveira remonta, pois, a Comte (Lemos, 1981). Ele preferiu manter, em grande parte, os mesmos termos empregados pelo filósofo francês, conferindo-lhes acepção precisa. Assim, usa palavras como veneração, bondade, prudência e coragem, que podem soar estranhas para o leitor não familiarizado com sua obra. Todavia, existem conceitos equivalentes aos utilizados por Silveira, definidos em outros termos pelos respectivos autores. Desse modo a palavra *apego*, por exemplo, empregada por ele, também é utilizada por John Bowlby, e corresponde à *empatia* de Sullivan (1940). *Veneração* corresponde à *tendência à harmonia* de Angyal (1941), enquanto *bondade* pode ser entendida como a *aceitação incondicional* de Rogers (1978).

	ESFERAS	
Afetiva Sociabilidade Bondade Veneração Apego Individualidade Necessidade de aprovação Necessidade de domínio Tendência à construção Tendência à destruição Instinto de posse Instinto sexual Instinto nutritivo	Conativa Atividade Prudência Coragem Firmeza	Intelectual Expressão Gráfica Verbal Mímica Elaboração Dedutiva Indutiva Observação Abstrata Concreta

QUADRO 1. ESTRUTURA DA PERSONALIDADE SEGUNDO SILVEIRA: ESFERAS, SETORES E FUNÇÕES PSÍQUICAS. BASEADO EM COELHO (1980b).

No quadro, tanto a complexidade como a dependência crescem de baixo para cima e da esquerda para a direita. O instinto nutritivo é a menos complexa e mais independente dentre todas as funções psíquicas; a expressão gráfica a mais complexa e dependente.

A *afetividade* é a esfera básica da personalidade, e contém 10 funções: 7 instintos, que integram o setor da individualidade e 3 sentimentos, o setor da sociabilidade. Os primeiros são os instintos nutritivo, sexual e de posse (ou materno), as tendências à destruição e construção, as necessidades de domínio e aprovação. Os sentimentos são o apego, a veneração e a bondade. Cada uma dessas funções será descrita mais abaixo. É a esfera afetiva que confere unidade à personalidade, e regula o interesse pelo

ambiente e a atuação sobre ele. Suas funções também podem ser chamadas de móveis ou impulsos. Silveira (1966) define:

“Como afetividade entendemos o conjunto de tendências inconscientes instintivas, que impelem o indivíduo humano continuamente a satisfazer as necessidades da própria existência e a adaptar-se harmonicamente aos interesses gregários ou sociais”.

A ação do setor da individualidade, formado pelos *instintos, tendências e necessidades*, resulta nas reações individuais aos estímulos. Como móveis básicos estimulam as demais esferas da personalidade, e regem o metabolismo. Os instintos são correlatos subjetivos de funções orgânicas das quais depende a sobrevivência do indivíduo. São sempre ativos e sua expressão relaciona-se com as diversas fases do desenvolvimento individual. A sociabilidade compõe-se dos *sentimentos*, os quais presidem as relações inter-pessoais através do contato afetivo com o ambiente. É ela que confere o caráter de “ser social”, que Silveira atribui ao homem, e permite o desenvolvimento e aperfeiçoamento do indivíduo. Instintos, tendências, necessidades e sentimentos integram a esfera afetiva: os três primeiros são egoísticos, voltados para a satisfação interior, enquanto os últimos são altruísticos, voltados para a satisfação exterior. É importante ressaltar que Silveira faz clara distinção entre *emoções, afetos e sentimentos*. Para ele emoções são reações afetivas perante estímulos externos ou internos decorrentes da repercussão da esfera intelectual sobre a afetividade. Cabe ressaltar que a repercussão mais diferenciada é sobre os sentimentos, os quais respondem mais às influências ambientais que os instintos. As emoções implicam sempre em juízos de valor, sejam de tonalidade positiva ou negativa; estão relacionadas com as noções, que possuem sempre componentes intelectuais e afetivos. Já os afetos são manifestações conscientes dos impulsos básicos, inseparáveis das experiências do indivíduo em face do ambiente. Por sua

vez os sentimentos, na teoria adotada, correspondem a funções simples da personalidade voltadas para a vida social (Silveira, 1966). Hierarquicamente a esfera afetiva é a menos complexa e a mais independente em relação à conativa e à intelectual.

A *conação* envolve funções que resultam na ação explícita, estimulando (coragem), inibindo (prudência) e mantendo (firmeza) a ação através da motilidade. Também dirige o trabalho intelectual. Como as demais esferas a conação “não corresponde à ação exteriorizada, mas abrange apenas os dinamismos subjetivos que antecedem, e possibilitam a transposição de nossas disposições afetivas e as elaborações intelectuais para o ambiente externo”, explica Coelho (1980b).

Finalmente a *inteligência*, a esfera mais complexa e dependente, com 5 funções, resulta na adaptação à realidade por meio do contato intelectual possibilitado pelas funções de observação (concreta e abstrata), elaboração (indutiva e dedutiva), e expressão (comunicação). Ela rege as esferas conativa e afetiva, e regula o contato com o ambiente. Seu trabalho começa pela captação das impressões sensoriais pelos órgãos dos sentidos, e culmina na comunicação simbólica; melhor dito, com a atribuição de significados aos sinais resultantes da elaboração das imagens subjetivas. Afirma Coelho (1980b):

“Os elementos essenciais para a solução da grande maioria dos obstáculos que o homem enfrenta, em relação ao ambiente físico e social, são representados por símbolos. Através de concepções simbólicas o indivíduo alcança a adaptação intelectual à realidade. A capacidade de apreender simbolicamente os estímulos externos e de expressar os sentimentos e os pensamentos através de sinais abstratos, de modo a transmiti-los aos demais membros da sociedade atual e futura, é peculiar ao ser humano”.

E, numa passagem de *Fundamentos epistemológicos* (Coelho, 1982), a autora reafirma que o “ambiente estritamente psicológico

corresponde aos fenômenos simbolizados pelo sujeito”.

As três esferas da personalidade, organizadas em sistemas, trabalham em concerto para constituir um todo harmônico. As unidades primordiais desse todo são funções psíquicas simples, dez afetivas, três conativas e cinco intelectuais, descritas a seguir.

O *instinto nutritivo* é a função mais básica de toda a personalidade, a mais independente e menos complexa. Ele é indispensável à sobrevivência e conservação do indivíduo. Liga-se ao metabolismo centralizando e dirigindo os fenômenos metabólicos. É o correlato subjetivo das funções nutritivas de assimilação e desassimilação. Recebeu esse nome devido ao seu principal atributo, mas desde os primeiros momentos da vida fetal também preside o desenvolvimento orgânico e, no organismo amadurecido, estimula as demais funções psíquicas durante toda a duração da existência individual.

Outra função básica é o *instinto sexual*, responsável pela conservação da espécie, que perpetua através da reprodução. Em associação com o nutritivo este instinto responde pela formação e desenvolvimento dos órgãos reprodutivos e, posteriormente, assume a regulação do comportamento sexual. Os dois contribuem para a formação dos primeiros nexos emocionais da criança com o ambiente; isto mediante reações afetivas primárias relacionadas ao recebimento de alimentos e cuidados por parte da mãe. As satisfações daí decorrentes estabelecem as primeiras noções que intervêm nas relações inter-pessoais.

Quanto às correlações entre os órgãos e as funções instintivas nutritiva e sexual, Anibal Silveira afirma em *Psicologia fisiológica* (Silveira, 1966): “Essa posição peculiar de ambos na esfera afetiva da personalidade fez com que a escola positivista localizasse os órgãos correspondentes no córtex encefálico menos diferenciado: as regiões paleocerebelar e neocerebelar, respectivamente”

Completando o trio de instintos da individualidade Silveira

considera o *instinto de posse*, também chamado materno, já em nível mais diferenciado e mais dependente da influência do meio. Consiste na ligação afetiva do indivíduo com os produtos que dele emanam. Expressa-se de modo pleno na relação mãe-filho em forma de cuidado, mas não é exclusivo dessa relação. Liga afetivamente o ser humano à sua produção, seja de excrementos ou objetos e fatos ao longo da vida. Contribui para a construção da identidade subjetiva, em associação com outras funções da individualidade e da sociabilidade.

Ainda no setor da individualidade Silveira considera as *tendências à destruição e à construção*, como representações mais diferenciadas dos processos de assimilação e desassimilação próprios do instinto nutritivo, porém mais voltadas ao ambiente. Estimulam comportamentos ainda pouco socializados, contatos externos caracterizados por tendência a destruir, agredir, desmontar, desagregar, desunir e analisar, por um lado, e a construir, montar, agregar, unir e sintetizar, por outro. Prevaecem nos primeiros anos de vida, mas perduram ao longo da existência de maneiras mais diferenciadas. Sobre o trabalho intelectual a tendência destrutiva atua na observação abstrata e no pensamento dedutivo, enquanto que a construtiva influi na observação concreta e no pensamento indutivo.

Mais afastadas ainda dos instintos estritos e, já implicadas nas relações com o ambiente social, duas outras funções completam o setor da individualidade: *necessidade de domínio e de aprovação*. Formam a base da auto-afirmação humana (Coelho, 1980b), e só se manifestam nas relações inter-pessoais. A necessidade de domínio recebe estímulos de natureza destrutiva e estimula, em plano conativo, a iniciativa para agir; na esfera intelectual liga-se à abstração e à dedução. Expressa uma necessidade de dominar o ambiente, exercer força e poder, um impulso da criança a desenvolver as próprias capacidades e expandir-se no ambiente natural e sócio-cultural. Mas conforme a criança amplia suas relações é cada vez mais patente a necessidade de receber aprovação dos demais, para

sentir-se integrada e segura. Precisa adaptar-se e assimilar os papéis sociais, embora ainda que de modo egoístico. A função de aprovação modera os impulsos, e estimula a observação concreta e a elaboração indutiva. É através da observação concreta das experiências que a criança apreende as maneiras práticas de ser aceita pelo grupo, e a corresponder às expectativas dos outros. Buscar aprovação e não desapontar corresponde a grande parte do comportamento humano em sociedade. Combinada com a necessidade de domínio a de aprovação estrutura as bases da integração social, e prepara o terreno para a sociabilidade plena. As duas permanecem ativas durante toda a vida e subordinadas aos sentimentos mais diferenciados.

Além da individualidade a esfera afetiva abrange o setor da *sociabilidade* integrada por funções, as quais Silveira denominou *sentimentos*.

Apego é o sentimento fundamental, caracterizado pela vinculação afetiva com pessoas significativas. Começa na relação mãe-bebê e estende-se, com o amadurecimento, a outros seres, e mesmo a lugares e objetos. Sua natureza é egocentrada, fortemente marcada pelos instintos, em especial o sexual e o de posse. Sullivan (1972), denomina tal sentimento empatia, e define-o como a “comunhão afetiva” existente entre mãe e filho. É um vínculo de caráter recíproco, interativo: a mãe percebe a expressão afetiva da criança e responde; esta reage à resposta, provoca nova reação na criança e assim por diante. O sentimento de apego refere-se sempre ao presente, e permite captar a experiência do outro sem intervenção da inteligência, por intuição. Permite, segundo Coelho (1979), deduzir sem induzir. Para a autora, “não nos ligamos às pessoas que pensam como nós, mas às que sentem como nós”. A ligação afetiva através do apego torna familiar o que, a princípio, é estranho. Tal característica possibilita a formação, ao nível da inteligência, das representações sociais. Com a evolução individual, inclusive conativa e intelectual, aos poucos o apego vai deixando o caráter egocentrado, e se combinando com os

outros sentimentos sociais, quando o indivíduo, então, amplia as relações interpessoais e assimila melhor as normas de convívio grupal.

A função que coordena esse processo de assimilação afetiva dos valores sociais foi denominada por Comte *veneração*, e corresponde em parte ao superego freudiano. É o sentimento de pertença a uma realidade supra-individual, de identificação com o grupo, a família, a comunidade, bem como com os valores morais e religiosos; uma realidade que é histórica e cultural. Inclui tanto os valores como os papéis sociais; preside a socialização do indivíduo. Está voltado para o passado, ligado à cultura. A criança nasce em ambiente determinado pela geografia, história, cultura, classe, religião, etnia, e constrói para si modelos idealizados, os quais orientam seus projetos. No início imita modelos, mas com o crescimento assume postura crítica reelaborando tudo o que foi internalizado. Assim o indivíduo se socializa assimilando criticamente os valores grupais, e reagindo aos estímulos, num processo interativo que é a um tempo aferente e eferente; o fundamento da autoafirmação pessoal.

Completando a socialização vai prevalecendo a função afetiva mais diferenciada, o sentimento de *bondade*. Comte chamou de altruísmo, ou amor universal, este aspecto mais elevado da afetividade humana. Inspirado na moral cristã do amor ao próximo, formulou-a, entretanto, de modo mais amplo: “viver para outrem”. Escreveu Coelho (1980b):

“Quando o comportamento humano é determinado exclusivamente pela necessidade de domínio e mesmo pela de aprovação, a atitude para com os outros assume um feitiço de *meios e fins*. No momento, porém, em que o indivíduo considera os outros companheiros ou co-participantes em uma realidade mais ampla, outra característica humana se manifesta – o *amor*. A natureza básica do amor consiste em reconhecer o valor e em aceitar e respeitar os sentimentos do ser amado”.

Este sentimento é a função afetiva em contato mais direto com o ambiente e é ele que harmoniza e unifica a personalidade. Está voltado para o futuro, visando a reformulação do presente e sua ação efetiva implica em auto-crítica, isto é, na percepção dos limites individuais e das condições do meio físico e social. Representa o polo social do interesse, enquanto o instinto nutritivo representa o polo biológico. Os dois setores afetivos descritos estão permanentemente presentes no comportamento humano e são complementares. Só que, em conjunto, as funções da sociabilidade subordinam dinamicamente as da individualidade durante o processo de amadurecimento, superpondo-se às expressões frequentemente contraditórias dos instintos.

Carl Rogers (1978), denomina o sentimento de bondade *consideração positiva* ou *aceitação*, o qual engloba afeto, carinho, respeito, simpatia, aceitação pelo outro. Está presente quando a percepção de uma pessoa *modifica positivamente* o campo experiencial do observador. Há ainda, segundo o psicólogo humanista, uma *consideração positiva incondicional*, em que a outra pessoa é valorizada “tal como é independentemente dos distintos valores que podem aplicar-se a suas condutas específicas”. Aqui impõe-se a importante distinção entre aprovar ou desaprovar um determinado comportamento, e aceitar ou não a pessoa como tal. Rogers entende que é possível e desejável aceitar a pessoa, mesmo que não se aprove seu comportamento.

A *esfera conativa* rege a ação explícita, e coordena o trabalho intelectual, interposta que está à afetividade e à inteligência. Compõe-se de três funções subjetivas que iniciam, inibem e mantém a atividade. Silveira denomina *coragem* à primeira, *prudência* à segunda e *firmeza* à terceira. A palavra conação, adotada primeiramente por Mc Dougall, indica o aspecto subjetivo da atividade, e não o comportamento explícito. As ações humanas implicam sempre num plano objetivo explícito, que se realiza através da motilidade, e num plano

subjetivo representado pelas funções internas. Além disso, o indivíduo age motivado pela afetividade e orientado pela inteligência, mas a ação é começada, interrompida ou mantida pelas funções conativas internas. Por ser uma esfera intermediária a conação recebe tanto estímulos afetivos da individualidade e da sociabilidade, como orientação intelectual. É aqui que cabe o aforisma comtiano: “agir por afeição e pensar para agir”. Há, portanto, em toda ação aspectos comportamentais objetivos e subjetivos, e no interior desses, aspectos intrínsecos e extrínsecos à conação. Para completar, esta esfera não rege somente a ação explícita, ela ainda age sobre a inteligência – percepção, pensamento, comunicação – através dos processos da atenção. Coelho (1980b) observa que estas complexas inter-relações da esfera conativa fazem com que muitos autores confundam conação com vontade: a primeira é o conjunto formado pelas três funções simples descritas. Já a vontade abrange, além delas, motivação afetiva consciente e reflexão intelectual. É, no dizer de Comte, “a última deliberação do desejo”.

Coragem é a função que desencadeia a ação, e estimula a percepção e o raciocínio, enquanto a prudência inibe ou bloqueia. Mas nem uma nem outra teria continuidade não fosse a força estabilizadora da firmeza. Conclui Coelho (1980b):

“A interferência das funções da atividade no conjunto dos dinamismos da personalidade permite, portanto: a transformação dos impulsos instintivos ou dos sentimentos em comportamento explícito; a formação de noções e de pensamentos através da estabilização da atenção; e, finalmente, a derivação da atividade explícita para o plano intelectual, tanto na vigília – através de fantasias e devaneios – como durante o sono, originando o sonho”.

Em *Psicologia fisiológica* Silveira (1966) explica que durante o sono cessa todo o contato com o meio exterior, seja aferente ou eferente. Não há motilidade intencional, o tônus

muscular relaxa profundamente e os reflexos diminuem acentuadamente. A inibição cortical, no entanto, apresenta flutuações e isso faz com que os móveis afetivos ajam sobre a inteligência sem despertar o indivíduo. A motilidade não mobilizada pelo ambiente externo facilita a intervenção mais direta dos estímulos afetivos sobre os processos cognitivos, resultando nos sonhos.

A *esfera intelectual*, a mais complexa e dependente, compõe-se de três setores: *observação* ou contemplação (concreta e abstrata), *elaboração* ou meditação (indutiva e dedutiva), e a *expressão* (mímica, verbal e gráfica), responsável pela comunicação. Observação e elaboração juntas formam o setor da *concepção*. Todas as funções da esfera intelectual contribuem para a elaboração de imagens internas, mais passivamente as do primeiro grupo, mais ativamente as do segundo, até a simbolização abstrata, que permite a comunicação entre os indivíduos e, portanto, a integração à sociedade. A *observação* permite a reconstrução subjetiva dos objetos externos por meio de imagens, e resulta em noções; o processo é chamado percepção. A observação concreta preside a captação dos estímulos oriundos das diversas sensações, faz a síntese delas, e produz imagens sintéticas relacionadas a objetos particulares. Classifica-os por comparação. Já a observação abstrata é analítica e relativa a fenômenos. Tem a ver com propriedades dos objetos como forma, cor, textura, densidade, características abstraídas dos seres concretos. A observação, como parte do processo perceptivo, responde pela formação da noção de realidade através das imagens primárias. A *elaboração* é o processo psíquico de meditação que resulta em idéias ou pensamentos; é mais ativa que a observação, e trabalha com imagens concretas e abstratas. Preside a adaptação à realidade através do pensamento. Estabelece relações estáticas que resultam em princípios e generalização, a elaboração indutiva; ou relações dinâmicas que resultam em consequências e sistematização, a elaboração

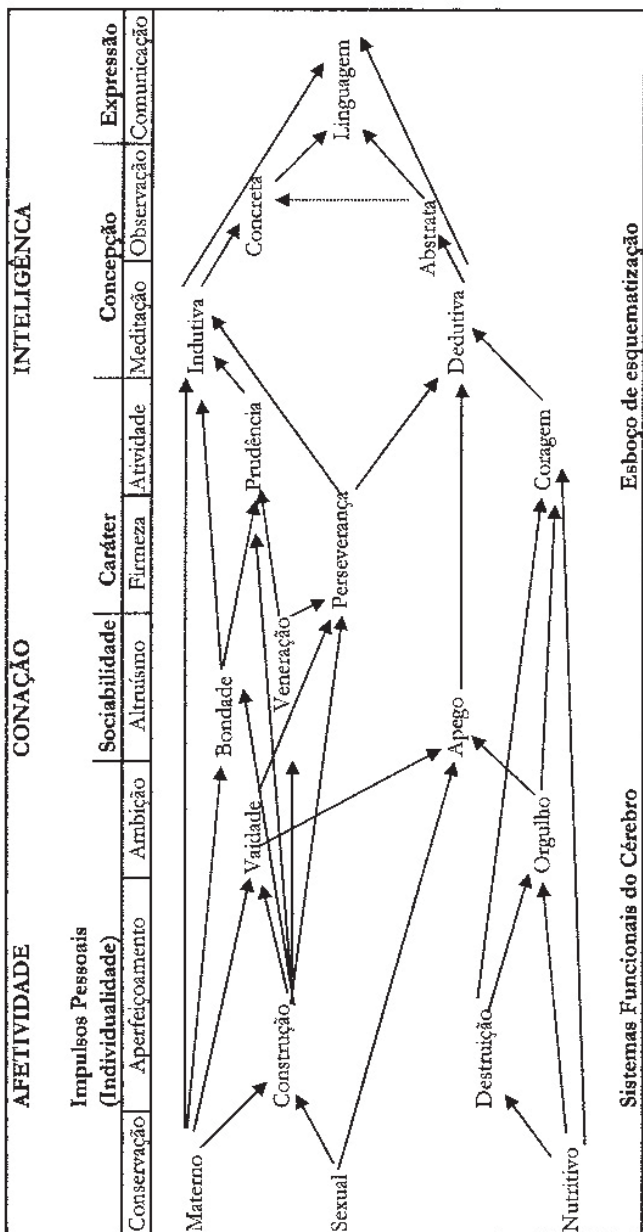
dedutiva. A indução trabalha basicamente com imagens concretas, comparando as atuais com as evocadas por semelhança ou analogia. A dedução elabora imagens abstratas por sucessão ou coordenação.

A *expressão* ou comunicação, influenciada pelas funções anteriores bem como pelas esferas afetiva e conativa, manifesta-se de três maneiras: por sinais executados ou mímica, sinais articulados ou verbal, e sinais traçados ou gráfica. É o aspecto mais diferenciado do trabalho intelectual, e permite a exteriorização das concepções, da experiência e da reflexão. Trabalha com sinais decorrentes da percepção ou da meditação, e que adquirem significado para o indivíduo ou seja, tornaram-se símbolos. A mímica expressa as reações afetivas instintivas e os sentimentos através da fisionomia e, com o amadurecimento conativo, por meio dos gestos. Tal amadurecimento é um pressuposto para a expressão verbal, mais simbólica e diferenciada, “que possibilita a previsão e a adaptação objetiva do comportamento”. A expressão gráfica implica em maior nível de abstração ainda. Afirma Coelho, (1980b):

“Assim, cada estímulo que o indivíduo recebe é finalmente assimilado como sinal e cada sinal adquirido serve para orientar a observação e a elaboração em cada nova experiência. Realizamos, portanto, uma abstração a partir das experiências com o ambiente; e os elementos assim obtidos serão reelaborados, ocorrendo uma volta da comunicação sobre os processos de observação externa. São processos contínuos que ampliam cada vez mais o campo de experiência do indivíduo e que em grande parte ocorrem em nível inconsciente”.

Dinâmica da personalidade

No esquema 1 a seguir, estão representadas as três esferas da personalidade e suas funções psíquicas em inter-relações dinâmicas. As setas indicam a direção e o sentido dos estímulos, sempre da esquerda para a direita, isto é, da esfera afetiva para a intelectual. Desse modo pode ser observado que o instinto nutritivo, por exemplo, estimula a tendência à destruição, esta a coragem em plano conativo, e a elaboração dedutiva e observação abstrata já no plano intelectual. Ou o instinto sexual, que estimula a tendência à construção, esta a bondade e, no plano intelectual, a elaboração indutiva e observação concreta. Observa-se que o sentimento de apego depende do instinto sexual.



ESQUEMA 1. ESBOÇO ESQUEMÁTICO DOS SISTEMAS PSÍQUICOS, SEGUNDO AMBAL SILVEIRA (1962)

A personalidade resulta da comunicação com o meio externo e interno, e rege as disposições do indivíduo e suas inter-relações com o ambiente físico e social. Depende de uma estrutura, mas realiza-se dinamicamente. Funciona como um todo harmônico integrado pelas três esferas, de modo que não é possível distinguir cada função isoladamente. Mas essa harmonia, longe de ser estática, instaura, “estabelece um equilíbrio psíquico dinâmico” (Coelho,1980b). A esfera afetiva estimula as demais, despertando o interesse pelo ambiente, e motivando o indivíduo para a ação. Portanto, *interesse* é o estímulo afetivo-intelectual que mobiliza os setores da inteligência a partir das funções da individualidade e da sociabilidade. À repercussão intelectual-afetiva Silveira denomina *emoção*, que se traduz em reação afetiva às noções intelectuais; noções essas que podem ser reais ou não. Emoção, portanto, não é uma função simples, é um dinamismo circular complexo entre duas esferas da personalidade, responsável pela adaptação social. É ela que dá o sentido de continuidade às múltiplas experiências sociais para o estabelecimento da “noção de unidade subjetiva”. Esta circularidade propicia a ampliação do universo experiencial do indivíduo, e é fundamental no processo de aprendizagem. A expressão emocional pode se dar ao nível dos sentimentos (sociabilidade) ou dos instintos (individualidade), conferindo às emoções, respectivamente, características mais ou menos diferenciadas, mais ou menos complexas, mais ou menos conscientes; mais altruísticas ou mais egoísticas. O processo emocional pode ser tanto consciente como inconsciente, e responde pela tonalidade afetiva, pelos aspectos de valor positivos ou negativos, os quais permitem ao indivíduo avaliar o grau de satisfação das próprias experiências. As emoções podem ser imediatas: aparecem e desaparecem mediante estímulos evidentes e compreensíveis. Pânico e cólera são emoções desse tipo; no primeiro o estímulo da individualidade incide na função prudência, e inibe a inteligência e a ação explícita; na segunda o estímulo incita a

função coragem. Aqui é oportuno lembrar que emoção é diferente de afeto. Este é a manifestação consciente de impulsos da esfera afetiva na vida subjetiva, e está polarizado para o ambiente. Possibilita a formação de “sentimentos complexos”, na acepção de Laffitte. Emoção é reação afetiva a uma noção intelectual (Coelho, 1980a).

Para haver ação é preciso que a esfera afetiva estimule diretamente a conação: é o dinamismo da *motivação*, que leva o indivíduo a agir. A afetividade, então, motiva o indivíduo para a ação. A conação ainda contribui, despertando a *atenção* sobre a inteligência para observar, elaborar e expressar. Em sentindo contrário a inteligência norteia a atividade através da *orientação*. A orientação é aspecto dinâmico de direção intelectual da ação (quadro 2). Resumindo: o indivíduo faz contato com o ambiente por meio do interesse e da atenção, experimenta uma reação afetiva (emoção), e age por motivação sob orientação da inteligência. Coelho (1980b) observa:

“Tomamos consciência – isto é, simbolizamos através de construções resultantes do concurso das funções conativas e intelectuais – apenas do resultado desse processo: a realização dele, propriamente, se faz em nível não consciente. Esta passagem dos fenômenos subjetivos inconscientes para o plano da consciência é gradual”.

Entre o mundo subjetivo, interior (funções internas), e o mundo objetivo, exterior, interpõe-se um conjunto de funções denominadas por Silveira *funções de ligação*, conforme pode ser apreciado no quadro abaixo. As mais básicas estabelecem a correlação do setor instintivo com o organismo por meio da *regência do metabolismo*. Num plano mais diferenciado, através do *contato afetivo*, um indivíduo se liga a outros indivíduos, estabelecendo as *relações interpessoais*. Da esfera conativa a *motilidade* permite a *ação explícita*. E o *contato intelectual com a realidade* correlaciona a inteligência com o meio externo resultando na *adaptação à realidade*. O contato intelectual é

aferente no sentido de que capta impressões e sensações, e eferente pois que expressa e comunica o resultado das elaborações psíquicas.

Sempre segundo Silveira, os *traços de personalidade* traduzem modos de ser do indivíduo, e refletem as capacidades intelectual, ativa, afetiva interpessoal, além da expressão somática da regência metabólica (o *biotipo*). Quando esses traços são combinados dinamicamente com as funções de ligação, à resultante ele dá o nome de *temperamento*. O *caráter* é a expressão conativa das disposições afetivas interpessoais.

Constituição é o conjunto de características psíquicas e somáticas que regem o comportamento do indivíduo no mundo externo.

Silveira entende por *indivíduo* um sistema harmônico integrado em um todo, que se comporta, isto é, age no ambiente e nele expressa o estado sômato-psíquico de sua constituição e a presença dos valores sócio-culturais. O comportamento é avaliado por Silveira em seu conjunto afetivo-conativo, como *espontaneidade* e conativo-intelectual, como *consciência*.

O quadro 2 resume a dinâmica da personalidade, as relações entre as esferas, as funções internas e de ligação, os resultados de cada conjunto funcional.

indivíduo

esferas	funções internas	funções de ligação	resultado	
<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> interesse emoção </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> atenção orientação </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> motivação </div> </div>	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 5px;">inteligência</div> <div style="margin-bottom: 5px;">conação</div> <div>afetividade</div> </div>	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 5px;">expressão</div> <div style="margin-bottom: 5px;">elaboração</div> <div style="margin-bottom: 5px;">observação</div> <div style="margin-bottom: 5px;">atividade</div> <div style="margin-bottom: 5px;">firmeza</div> <div style="margin-bottom: 5px;">sentimentos</div> <div>instintos</div> </div>	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 5px;">contato intelectual</div> <div style="margin-bottom: 5px;">motilidade</div> <div style="margin-bottom: 5px;">contato afetivo</div> <div>regência do metabolismo</div> </div>	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 5px;">adaptação a realidade</div> <div style="margin-bottom: 5px;">ação explícita</div> <div style="margin-bottom: 5px;">relações interpessoais</div> <div>reações aos estímulos</div> </div>

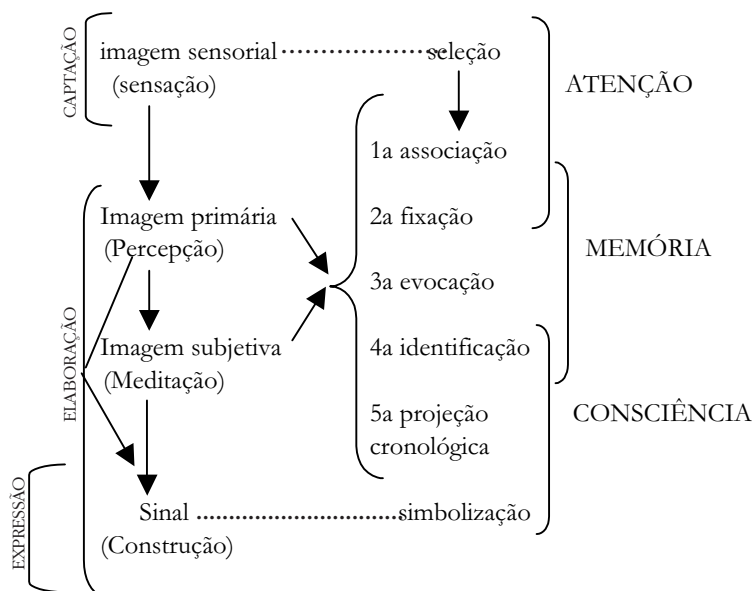
QUADRO 2. DINÂMICA DA PERSONALIDADE, SEGUNDO SILVEIRA, BASEADO EM COELHO (1980b).

Processo fundamental da dinâmica subjetiva é a *percepção*, que Silveira estuda a partir da *teoria das imagens* de Pierre Laffitte (Silveira, 1966). Fenômeno complexo, ela envolve todas as esferas psíquicas em suas inter-relações. Num sentido psicológico perceber é captar os dados da experiência, e atribuir-lhes significados. Para Silveira todas as experiências subjetivas resultam da percepção, e o que entendemos por “ambiente estritamente psicológico corresponde aos fenômenos simbolizados pelo sujeito”, conforme ressaltou Coelho(1982). É ainda a autora quem explica (Coelho, 1980b):

“Toda experiência é mediada conjuntamente por nossas percepções do mundo externo e por nossa vida subjetiva. A percepção – tanto das situações ou de objetos definidos e familiares como de objetos e

circunstâncias ambíguas – representa, necessariamente, a interação recíproca do indivíduo que percebe e do estímulo percebido”.

Os vários aspectos ligados ao trabalho sensorial foram sistematizados por Silveira (1966) em *Psicologia fisiológica* e estão reproduzidos no esquema abaixo.



ESQUEMA 2. FENÔMENOS LIGADOS AO TRABALHO SENSORIAL. OS TERMOS DAS COLUNAS EXTERNAS SÃO DESCRITIVOS À ESQUERDA, E CARACTERIZAM OPERAÇÕES COMPLEXAS À DIREITA; NA SEGUNDA COLUNA ESTÃO OS FENÔMENOS RESULTANTES DA ATIVIDADE SENSORIAL, E NA TERCEIRA OS PROCESSOS QUE LEVAM DA SELEÇÃO DO ESTÍMULO SENSORIAL À SIMBOLIZAÇÃO DA REALIDADE (SILVEIRA, 1966).

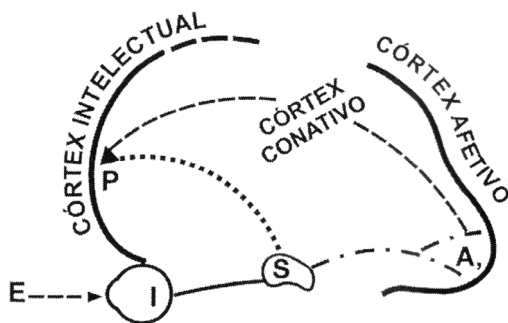
O trabalho perceptivo começa pela *impressão sensorial*, isto é, captação e seleção dos estímulos pelos órgãos periféricos conforme as diversas sensações, seguidas de sua condução ao núcleo cinzento subcortical, o que dá origem à *imagem sensorial* (reunião das várias sensações). Logo, a ação

das funções intelectuais de observação sobre esta imagem resulta na *imagem primária*, a percepção estrita. Depois, sob ação das funções de elaboração, essa imagem primária transforma-se em *imagem subjetiva*. A primeira etapa do processo é exercida pelos órgãos sensoriais, que presidem a captação dos estímulos externos e internos. Silveira (1966) admite, com Xavier (1962) a existência de oito sentidos, divididos em gerais e especiais, e agindo por contato (denominados autocêntricos) e a distância (denominados alocêntricos). Entre os gerais agindo por contato inclui o *tato* e a *musculação*; entre os gerais agindo à distância a *calorição* e a *eletrição*. Os específicos por contato são *gustação* e *olfação*; e à distância *visão* e *audição* (Silveira, 1966). É através desses oito sentidos que o intelecto se liga à realidade exterior. O tato dá a sensação específica de contato, de textura e permite diferenciar uma superfície lisa de uma áspera, a dureza da maciez. A pele em toda sua extensão responde a estímulos táteis, embora o sentido esteja mais concentrado nas pontas dos dedos das mãos. A musculação é o sentido que apreende a sensação originada da contração dos músculos, do tônus e estado de pressão sobre os corpúsculos presentes nas fibras musculares. A calorição permite a captação da temperatura e a conseqüente adaptação térmica do organismo ao ambiente físico. Entre os sentidos, o mais geral de todos é a eletrição, responsável pela captação de estímulos predominantemente eletromagnéticos, tanto externos como internos.

Os fenômenos ligados à eletrição são ainda pouco estudados, e provavelmente estejam relacionados à chamada percepção extra-sensorial no campo da parapsicologia, observa Coelho (1980b). Já “os quatro sentidos especiais da face – visão, audição, gustação e olfato – permitem-nos distinguir as cores, os sons, os sabores e os odores”. A visão é o sentido mais diferenciado no ser humano, o mais racional; as imagens visuais orientam melhor o indivíduo na realidade objetiva que qualquer outro; mais ligado à dimensão espacial. A audição

também é um sentido intelectual, mais relacionado à sociabilidade e à experiência temporal. Já tato, gustação, olfação e musculação têm conotação mais afetiva.

A combinação dos dinamismos do interesse e da atenção, como *consciência*, leva à captação dos dados externos ou internos pelos órgãos dos sentidos, e produz uma impressão sensorial. Conduzida a impressão ao núcleo subcortical correspondente surge a imagem sensorial ou sensação. “Desenvolvendo a doutrina cerebral de Comte, de quem foi discípulo direto, Audiffrent estabeleceu que de cada núcleo sensorial da base do cérebro partem duas ordens de feixes nervosos: uma raiz destinada à região afetiva do encéfalo – incluindo o cerebelo – outra à região intelectual, frontal. Por isso temos designado este postulado como *princípio de Audiffrent*”, escreveu Silveira (1959). Segundo o *princípio*, parte do estímulo é conduzido ao córtex intelectual e parte ao córtex afetivo, onde permanece inconsciente como ressonância afetiva, conforme pode ser visto no esquema 3.



ESQUEMA 3. PROCESSOS PSICOFISIOLÓGICOS DA PERCEÇÃO, NO CASO, VISUAL. ESQUEMA BASEADO NO "PRINCÍPIO DE AUDIFFRENT". E, ESTÍMULO; I, IMPRESSÃO SENSORIAL; S, SENSÇÃO; A, REAÇÃO AFETIVA INCONSCIENTE PERANTE O ESTÍMULO; P, PERCEPÇÃO. EM LINHAS DE PONTOS-TRAÇOS, VIAS DE CONDUÇÃO DO NÚCLEO SENSORIAL AO CÓRTEX AFETIVO, NO CASO, TAPETE E FIBRAS QUE VÃO À ÁREA 19; EM PONTILHADO, LIGAÇÃO DO NÚCLEO SUB-CORTICAL COM O CÓRTEX FRONTAL; EM LINHA INTERROMPIDA, VIAS OCCIPITO-FRONTAIS (SILVEIRA, 1966)

A junção, no córtex frontal, do estímulo subcortical com aquele originado da reação afetiva, sob ação das funções de observação, constitui a base fisiológica da *imagem primária*, em que se distinguem dois componentes: um principal e um acessório. O componente principal relaciona-se com os nexos intelectuais e o acessório aos nexos afetivos; estes decorrentes das reações afetivas (emoções) aos estímulos. O componente acessório fica em parte latente, inconsciente, e leva à formação de juízos de valor. A imagem resultante da imagem primária é sincrética, uma imagem cujonexo afetivo é muito importante. O resultado desse processo Silveira denomina *noção*. As noções, trabalhadas pelas funções de elaboração, vão resultar na *imagem subjetiva*, já mais desvinculada da experiência concreta com o ambiente. É esta imagem que conduz a formação das idéias e do juízo de realidade. As noções, portanto, decorrem das imagens primárias, as idéias das imagens subjetivas. As experiências do indivíduo correspondem às imagens primárias percebidas através de seus nexos afetivos e intelectuais, carregadas de juízos de valor. Correspondem às noções. Por isso, podemos dizer que percepção é o processo de representação na consciência, como noções, das experiências subjetivas do sujeito. Estas experiências formam o conteúdo das percepções. Em outro sentido, pela teoria das imagens, percepção é a fusão, no córtex frontal, dos influxos carreados pelas vibrações dos núcleos subcorticais e aqueles oriundos do córtex posterior.

Carl Rogers (1978), utiliza a palavra *experiência* para “tudo o que acontece no interior do organismo em um momento qualquer, e que está potencialmente disponível à consciência”. Cita como exemplos os aspectos psicológicos da fome, os efeitos da visão, da audição e do olfato sobre o organismo, a influência da memória, enfim tudo o que se apresenta à consciência imediata a partir de estímulos que incidem no organismo. Como extensão do conceito ele fala em *experiência de sentimento* para denotar aquelas experiências de colorido

emocional; estas incluem tanto a emoção como “o conteúdo cognitivo do significado dessa emoção”. Portanto, experiência corresponde ao conceito silveiriano de *noção*. A correspondência entre as concepções de *noção* em Silveira e de *experiência* em Rogers é notável.

Silveira (1937), destaca ainda a importância da percepção ao escrever que o estímulo para o trabalho intelectual provém do ambiente. Estabelece, desse modo, um dos princípios fundamentais da harmonia psíquica: “a sujeição das concepções aos dados do mundo exterior”.

O processo de elaboração das imagens subjetivas resulta na formação dos sinais. Sinal é a imagem subjetiva simplificada. Quando esse *sinal* recebe a atribuição de um significado complexo torna-se *símbolo*.

A *atenção* é processo complexo, que envolve estímulos conativos sobre a inteligência, bem como o interesse afetivo e a motivação. Os órgãos sensoriais selecionam os estímulos externos e internos, que são, então, associados à experiência e fixados. Os estímulos conativos conduzem as associações, enquanto as inibições selecionam as imagens; a firmeza permite a fixação. Na dinâmica da *memória* a associação configura-se como um processo integrador das experiências, o qual depende da repercussão emocional das noções; ocorre associação das imagens atuais com as passadas. Esta repercussão é de tal ordem que as experiências atuais podem levar à reelaboração do passado e a sua modificação, aspecto fundamental na psicoterapia. Associamos por semelhança, mais afetivamente ou mais intelectualmente (forma indutiva); por contigüidade, quando experiências ocorrem simultaneamente; e por filiação lógica em relação de causa e efeito (forma dedutiva) (Coelho, 1980a). Uma vez selecionadas e associadas as imagens são fixadas. A fixação também é processo dinâmico, e depende do interesse afetivo, da concentração da atenção, e do nível emocional, isto é, mais ligado ao pólo instintivo ou à sociabilidade. Fixamos melhor e aprendemos

melhor por dedução, e quando há o propósito consciente de aprender, o reconhecimento da utilidade. E também se partimos dos aspectos mais gerais para os particulares. A evocação ocorre quando um estímulo provoca reação semelhante às emoções ligadas às imagens fixadas; estas imagens surgem da estimulação afetiva dos núcleos subcorticais. Além disso as imagens evocadas não são simples reproduções, mas são sempre atualizadas à luz da experiência presente; reconstruídas, nunca somente reproduzidas. “Cada experiência é reconstruída em face das novas” (Coelho, 1980a). A evocação é seletiva, reelaborativa e conotativa. Por isso, é mais importante saber *como* o indivíduo reconstrói o passado em dado momento, que a própria realidade de sua história pessoal. As imagens evocadas são identificadas e projetadas cronologicamente, isto é, dispostas de acordo com a sequência temporal. No fenômeno do *deja vú*, por exemplo, o indivíduo projeta no passado uma imagem atual, restando a sensação de já ter vivido a mesma situação anteriormente. No *jamaís vu* as imagens fixadas na memória não são evocadas ou reconhecidas. É a identificação o reconhecimento das características essenciais das imagens fixadas e evocadas. Aspecto interessante é saber que aquilo que é previsível é mais facilmente identificado que o imprevisível. Em termos psicológicos a memória é uma revivência subjetiva do passado. Pode ser involuntária, afetiva, quando imagens passadas tornam-se presentes, emergindo de modo concreto e indutivo a partir de sentidos autocêntricos como a olfação, a gustação, o tato, a musculação. E pode ser voluntária, mais intelectual, abstrata e dedutiva, ligada aos sentidos aloocêntricos da visão e audição, e voltada para a ação.

Para finalizar, a teoria da personalidade desenvolvida por Anibal Silveira, estudada em seus aspectos estáticos e dinâmicos, é ampla o bastante para permitir o entendimento da subjetividade humana: sua emergência e seu desenvolvimento, sua patologia, seu diagnóstico e sua cura.

Referências bibliográficas

- ANGYAL A., *Foundations for a science of personality*. New York: Commonwealth Fund, 1941.
- AUDIFFRENT G., *Des maladies du cerveau*. Paris: Leroux, 1874.
- COELHO L. M. S., *Sentimentos*. Notas de aula. Pavilhão-Escola do Hospital de Juqueri, 1979.
- _____. *Memória*. Notas de aula. Pavilhão-Escola do Hospital de Juqueri, 1980a.
- _____. *Epilepsia e personalidade*. São Paulo: Editora Ática, 1980b.
- _____. *Fundamentos epistemológicos de uma psicologia positiva*. São Paulo: Editora Ática, 1982.
- COMTE A. *Système de politique positive, ou Traité de Sociologie* (1851). Paris: Librairie Scientifique-Industrielle de L. Mathias, 1879.
- FREUD S., *Obras completas*. Madrid: Nueva Editorial, 1973.
- LEMONS J. de., *A alma humana*. Rio de Janeiro: Edição do autor, 1981.
- MONAKOW C von, MOURGUE R., *Introduction biologique a L'Étude de la Neurologie et de la Psychopathologie*. Paris: Librairie Félix Alcan, 1928.
- ROGERS C. R., *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1978.
- SILVEIRA A., *Das leis estáticas e dinâmicas da inteligência. Aplicação à patologia mental*. Arq. Assist. Psicopatás, 2: 571-582, 1937.
- _____. *Caracterização da patologia cerebral, da psicopatologia e da heredologia psiquiátrica na doutrina de Kleist*. Arq. Neuro-psiquiatria, 17(2): 102-142, 1959.
- _____. *Sistemas cerebrais na patogênese das psicoses endógenas*. Separata. Arq. Neuro-psiquiatria 20(4), 1962.

SILVEIRA A., *Psicologia fisiológica*. Maternidade e infância, 15(1), São Paulo, 1966.

SULLIVAN H. S., *Concepciones de la psiquiatria moderna*. Buenos Aires: Editorial Psique, 1972.

XAVIER A., *Funções do cérebro*. Rio de Janeiro: Livraria São José, 1962.

Critério patogenético

Conceito de patogênese.
Patogênese geral e especial.
Ciclo hereditário.
Sintoma, quadro clínico, entidade clínica.
Participação da carga genética nos quadros clínicos.
Psicoses diatéticas.
Classificação genética das desordens mentais.
Avaliação da intensidade da carga genética.

O critério patogenético consiste na filiação dos sintomas e quadros clínicos, respectivamente, a sistemas e esferas psíquicas e cerebrais. Inclui também o estudo da participação da carga genética em cada entidade clínica. A patogênese indica a origem de uma determinada desordem patológica. É *cerebropatogênese* quando relativa à origem e dinâmica encefálicas; é *psicopatogênese* quanto à origem e dinâmica psíquicas. Se os sistemas psíquicos são correlatos dos sistemas cerebrais a psicopatogênese é correlata da cerebropatogênese. Critério patogenético é, portanto, a avaliação dos fenômenos psicopatológicos como expressões sistêmicas.

Silveira aceita a tese de Broussais de que as alterações patológicas são variações quantitativas das condições normais; isto é, variações de intensidade para mais ou para menos, não de qualidade. As bases estrutural e dinâmica da personalidade são comuns, tanto no indivíduo normal como no psicologicamente doente, o arranjo peculiar dessa estrutura e os dinamismos próprios a cada um é que diferem.

O critério de Silveira (1970b), estabelece a distinção de uma *patogênese geral* e uma *patogênese especial*. A primeira corresponde à avaliação da delimitação genética, isto é, da

participação da carga genética na evolução e na expressão de cada configuração clínica. Já a patogênese especial dá a expressão clínica a uma determinada entidade; corresponde à filiação de sintomas e quadros clínicos respectivamente a sistemas e esferas psíquicas e cerebrais.

As diversas desordens clínicas podem ser, de um ponto de vista evolutivo, reversíveis ou irreversíveis. As reversíveis evoluem por surtos ou fases. Aquelas que evoluem por fases podem ser simples ou multifárias, se as fases se repetem sempre da mesma forma clínica ou não. As desordens clínicas irreversíveis podem ser permanentes ou progressivas. As permanentes mantêm as mesmas características clínicas durante toda a evolução ao longo do tempo; as progressivas evoluem para um estado final deficitário. Ainda as progressivas podem ser sistemáticas ou assistemáticas. Nas sistemáticas os sistemas em causa podem ser reconhecidos, pertencem à mesma esfera da personalidade, e há constância e estabilidade nas manifestações clínicas. Aqui existem as formas simples, quando um único sistema está envolvido, e combinadas, quando mais de um. Nas desordens assistemáticas os sistemas podem não ser reconhecidos, pois o processo patológico começa num sistema e depois se estende a outros de outras esfera ao longo da evolução; estas são formas extensivas. Por isso os quadros sistemáticos são mais uniformes e previsíveis em suas manifestações, e os assistemáticos são mais variáveis, inconstantes e imprevisíveis. Em suma, as desordens sistemáticas podem ser simples ou combinadas, enquanto as assistemáticas são extensivas. A configuração clínica é típica nas formas simples e atípica nas combinadas e extensivas (Silveira, 1959b).

A patogênese, em sentido amplo, ainda deve ser entendida como resultado da interdependência entre as disposições genéticas do organismo e suas condições orgânicas de um lado; o ambiente físico e social de outro.

Este critério de conceber a psicopatologia é bem ilustrado por Dora Martinic Morales (1976), em sua tese sobre a esquizofrenia:

“De modo geral, de acordo com a participação dos mesmos sistemas psíquicos em quadros clínicos diferentes, podemos ver a similitude do comportamento clínico, isto é, a semelhança dos sintomas que do ponto de vista descritivo indicariam o mesmo diagnóstico psiquiátrico, quando as configurações clínica e genética são diferentes. É que os dinamismos que levam à verdadeira diagnose são diferentes, o que justifica a autonomia entre um quadro clínico e outro. Por exemplo, nas psicoses da motilidade, quadro benigno de Kleist, temos dois polos de exteriorização da esfera da atividade ou conativa através de sistemas também da atividade ou conação: um de estímulo, que se traduz pela hipercinesia, outro de inibição com acinesia; ou ainda dois polos alternadamente no mesmo quadro, hipercinético-acinético. Na catatonia também temos, nas formas paracinéticas o componente de estímulo e na forma acinética o componente inibitório. Pela descrição ambos os quadros podem ser facilmente confundidos, mas, sabemos que a psicose da motilidade é uma forma remissível *ad integrum*, enquanto a catatonia é progressiva. O que mostra, de um lado, a participação dos mesmos sistemas psíquicos na formação dos quadros e, de outro, dinamismos genéticos diferentes. Os quadros que assim se originam, portanto, estão regidos por fatores não só dinâmicos no sentido patogenético, mas também por fatores genéticos que dão o colorido do quadro e determinam o modo de evolução. Embora ambas as formas se manifestem através dos sistemas acima citados, as primeiras são benignas e as últimas de prognóstico reservado pela sua progressividade inevitável, se deixada a si própria”.

Ciclo hereditário. As investigações sobre a patogênese geral permitiram a Silveira aprofundar a noção de ciclo hereditário em psiquiatria, desenvolver um critério de avaliação da carga genética, e elaborar uma classificação patogenética das entidades clínicas.

O ciclo hereditário pode ser definido como um conjunto de manifestações, que abrangem desde simples traços de personalidade até quadros psicóticos constitucionais, todos ligados primariamente a determinada esfera da personalidade. Através da anamnese hereditária Silveira propõe a pesquisa do ciclo a que pertence cada indivíduo examinado. Isto permite avaliar a influência da carga genética, estabelecer o diagnóstico patogênico e, conseqüentemente, o prognóstico. Assim, para Silveira: ...“em todo diagnóstico deve estar implícito o prognóstico” ...

Este é um dos aspectos diferenciais da psiquiatria silveiriana: permitir, ao diagnosticar, fazer também o prognóstico (Silveira, 1970a). Ele começa pela descrição dos sintomas e sua filiação a sistemas, reúne-os num todo coerente, o quadro clínico e completa com o exame patogenético, para verificar qual esfera da personalidade está primordialmente implicada. Considera, então, o estudo patogenético dos sintomas, do quadro clínico e da entidade clínica. Desse modo ele distingue:

Sintoma como a manifestação subjetiva simples, decorrente do envolvimento de um sistema psíquico; é o que dá expressão ao quadro clínico.

Quadro clínico é manifestação mais complexa, resultante da reunião de sintomas numa determinada esfera da personalidade; expressa a esfera primordialmente atingida. Difere da síndrome, reunião mais restrita e estável de sintomas, que se relacionam de modo coerente; a mesma síndrome pode integrar vários quadros clínicos diferentes. Um exemplo dado por Silveira é a *síndrome de despersonalização* de Clérambault, que pode estar presente em diferentes quadros ou entidades.

O principal fator para a avaliação patogenética é a esfera da personalidade atingida (Martinic Morales, 1976).

Entidade clínica já é a unidade patológica identificada pelo dinamismo patogênico, pelo substrato estrutural, pela participação dos fatores genéticos, pelo modo de evolução e pela estabilidade dos sintomas primordiais através do decurso (Silveira, 1970a).

É importante destacar que o diagnóstico patogenético não deve deixar de incluir a investigação da época de início da desordem psíquica considerada, pois a sequência dos fatos clínicos é fundamental para a avaliação.

Participação da carga genética nos quadros clínicos. O ciclo hereditário estabelecido por Silveira (1970b), compreende seis graus de participação da carga genética, graus de atenuação do maior para o menor, e que levam em conta a inter-relação de fatores constitucionais e ambientais: quadro constitucional, quadro colateral, personalidade psicopática, traços anormais de caráter, psiconeuroses, psicoses ocasionais. Quanto menor a carga genética, mais importante a influência de fatores ambientais e vice-versa. Assim:

I – QUADRO CONSTITUCIONAL:

1. Progressivo: assistemático e sistemático.
2. Misto.
3. Reversível: multifário e simples.

II – QUADRO COLATERAL:

1. Condição permanente.
2. Psicose diatética: bipolar, mista e monopolar.

III – PERSONALIDADE PSICOPÁTICA EM NÍVEL AFETIVO E CONATIVO.

IV – TRAÇO ANORMAL DE CARÁTER.

V – NEUROSE EM NÍVEL PROFUNDO, SUPERFICIAL OU ATUAL.

VI – PSICOSE OCASIONAL:

1. Psicógena.
2. Somatógena.
3. Reativa.

Os quadros constitucionais são os que detêm maior concentração da carga genética. Incluem aqueles progressivos, isto é, as várias formas de esquizofrenia, e os reversíveis do grupo maníaco-depressivo. Aqui os fatores ambientais têm mínima influência. A esquizofrenia na acepção de Silveira é psicose progressiva, irreversível, e que evolui para um comprometimento significativo da personalidade. As formas podem ser sistemáticas, quando os sistemas envolvidos (um ou mais) pertencem a uma mesma esfera psíquica, ou assistemáticas, quando as manifestações clínicas se estendem a outras esferas. Aqui Silveira inclui as formas extensivas de Kleist, o processo patogênico se estende de uma para as demais esferas. Os quadros mistos são aqueles em que duas formas constitucionais ou diatéticas se manifestam no mesmo indivíduo, misturando sintomas de uma e outra; por exemplo alucinose progressiva e mania. O quadro é chamado enxertado quando uma dessas formas constitucionais se manifesta numa condição permanente; exemplo: psicose hipercinética em oligofrênico. O grupo maníaco-depressivo é todo composto de condições reversíveis: manifestam-se por fases maníacas e depressivas: são multifárias (maníacas e depressivas) ou simples (só maníacas ou só depressivas).

Entre os quadros colaterais, onde a concentração da carga genética é mais atenuada que nos constitucionais, encontramos as condições permanentes: oligofrenia, epilepsia e psicoses crônicas, caracterizadas pela evolução crônica, mas sem progressividade. Assim é o caso da paranóia e também do delírio alucinatorio crônico (Roxo, 1925). Nas *psicoses diatéticas* os fatores genéticos, mais atenuados que nas condições anteriores, expressam-se como disposição latente, ativos

somente na emergência sintomatológica. Nestes casos o decurso é benigno; passado o surto psicótico há remissão integral, e restituição completa ao equilíbrio anterior. Estas psicoses foram isoladas inicialmente por Kleist e Leonhard como psicoses degenerativas benignas, depois rebatizadas por Silveira de diatéticas por corresponderem a uma diátese de processo latente:

“Como o característico fundamental, tanto das psicoses degenerativas que evoluem por surtos como das que decorrem por fases é a tendência latente, acreditamos poder denominá-las em conjunto diatéticas, dado que é esse também o sentido clássico atribuído à noção de diátese” (Silveira, 1959).

As personalidades psicopáticas constituem outro nível de atenuação; são desvios de conjunto da personalidade e de feitio estável; as de patogênese afetiva são mais graves que as conativas. Próximos a elas os traços anormais de caráter são desvios também estáveis mas parciais, que admitem uma maior participação de fatores ambientais. Alguns deles correspondem, em outros au-tores, a neuroses e mesmo a psicopatias.

Neuroses já são quadros em que predominam fatores ambientais sociais e onde a participação genética é menor. Silveira considera, pelo aspecto patogenético, a esfera da personalidade primordialmente atingida e o nível de profundidade do processo patológico. O nível profundo significa que as forças perturbadoras entraram em ação em época precoce, pré-simbólica, como na histeria. No nível superficial as influências são mais recentes, quando já há amadurecimento da simbolização, como na neurose obsessiva. E, finalmente, há o nível patogênico atual, cujos quadros clínicos correspondem às reações neuróticas. Para cada nível há quadros filiados às esferas afetiva, conativa e intelectual, como veremos no capítulo sobre psicopatologia.

Fatores externos são os que predominam nas psicoses ocasionais e determinam as características sintomatológicas, dependentes, basicamente, de influências psico-sociais por um lado e agentes tóxicos e infecciosos por outro.

A concepção de ciclo heredológico provém do heredo-prognóstico empírico kraepeliniano. Como exemplo de aplicação, no caso da epilepsia, Silveira, (1956) destaca, em cada paciente estudado, as manifestações nucleares, as marginais e os traços de personalidade. Este conjunto compreende o ciclo heredológico da epilepsia, o de ocorrência mais difundida na população geral. Desse modo crises convulsivas e perda paroxística da consciência são as manifestações nucleares. Dentre as manifestações marginais há variantes afetivas (crises viscerais, de choro e riso), motoras (crises parciais, mioclonias) e intelectuais (ausência, crises temporais, perda do curso do pensamento). Dos traços de personalidade participam a esfera afetiva (submissão, religiosidade, agressividade), conativa (instabilidade, liberação da ação, viscosidade) e intelectual (minuciosidade, prolixidade, tendência à fabulação). E há ainda condições conexas como aborto espontâneo, prematuridade, disgenesias.

Classificação genética das desordens mentais. Com base nos ciclos heredológicos Anibal Silveira elaborou uma classificação genética das desordens mentais, apresentada no Congrès International de Psychiatrie, em Paris, 1950, sob o título de *Human genetics as an approach to the classification of mental diseases* (Silveira, 1952):

I – PSICOSES POR DOENÇAS TOXI-INFECIOSAS:

1. Meningo-encefalite difusa sifilítica (paralisia geral progressiva).
2. Neuro-sífilis em geral.
3. Neuro-axite epidêmica.
4. Psicoses por doenças infecciosas em geral.

II – PSICOSES POR INTOXICAÇÃO ACIDENTAL:

5. Psicose por hetero-intoxicação.
6. Psicose por auto-intoxicação (endócrina ou metabólica).

III – CONDIÇÕES ENDÓGENAS CONSTITUCIONAIS:

7. Epilepsia.
8. Psicose maníaco-depressiva.
9. Esquizofrenia.
10. Parafrenia.
11. Paranóia.
12. Oligofrenia (endógena).
13. Psicoses mistas e associadas (ou enxertadas).

IV – CONDIÇÕES ENDÓGENAS COLATERAIS (POR PREDISPOSIÇÃO LATENTE):

14. Psicoses diatéticas.
15. Personalidades psicopáticas.
16. Toxicofilia.
17. Neuroses.
18. Psicoses reativas.
19. Convulsões sintomáticas.
20. Delírio alucinatorio crônico.

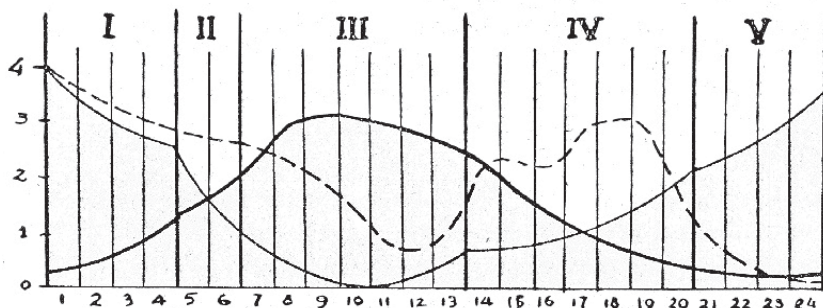
V – CONDIÇÕES DEFICITÁRIAS POR LESÕES LOCAIS OU ABIOTRÓFICAS DO CÉREBRO:

21. Doença de Alzheimer, Pick, arteriosclerose cerebral.
22. Demência senil.
23. Lesões focais do cérebro em geral.
24. Deficiência mental por encefalopatia (não endógena).

O grupo I compreende padrões mentais com fatores endógenos nem sempre demonstrados, ou nos quais eles respondem tão somente pelos aspectos patoplásticos. Sob a rubrica II estão as condições com carga hereditária definida, mesmo que não emergem espontaneamente, e nas quais algumas

vezes é importante o papel de causas externas em relação com forças internas. O grupo III é formado pelas doenças constitucionais, nas quais a tendência hereditária é inquestionável, e há independência de quaisquer outros fatores. Conforme o estudo da carga genética através do ciclo hereditário visto anteriormente, sua expressão máxima é representada pelos quadros progressivos, isto é, as várias formas clínicas da equizofrenia. Silveira inclui nesse grupo a parafrenia e a paranóia, seguidas dos quadros reversíveis do grupo maníaco-depressivo e as condições permanentes (epilepsia e oligofrenia), estas já em grau maior de atenuação da carga genética. O grupo IV abarca condições mentais nem sempre psicóticas em que a carga genética é bastante diluída ou inconsistente, e que se apresentam como predisposições latentes. As psicoses diatéticas, por exemplo, têm expressão genética mais atenuada que as progressivas, assim como outros quadros do grupo: as personalidades psicopáticas, as toxicofilias, as neuroses. O último grupo exhibe padrões mentais deficitários, cujos fatores genéticos só refletem a sensibilidade cerebral a lesões.

O esquema 1 a seguir, extraído de *Human genetics as an approach to the classification of mental diseases* (Silveira, 1952), sintetiza estes vários aspectos, e ilustra a participação dos fatores endógenos, dos componentes exógenos e a reversibilidade terapêutica ou espontânea de cada entidade clínica:



ESQUEMA 1. FATORES ENDÓGENOS (LINHA GROSSA), EXÓGENOS (LINHA FINA) E REVERSIBILIDADE (LINHA INTERTRILHADA) DAS VÁRIAS ENTIDADES CLÍNICAS, SEGUNDO SILVEIRA (1952). OS NÚMEROS NA COORDENADA CORRESPONDEM ÀS ENTIDADES CLÍNICAS CONFORME A CLASSIFICAÇÃO GENÉTICA.

Na coordenada os números correspondem a cada uma das 24 rubricas da classificação genética; na abscissa correspondem aos diversos graus de valoração empírica. A linha grossa indica a participação dos fatores endógenos, cuja valoração (na abscissa) atinge três níveis: 3) predominantemente constitucional, 2) latente como predisposição, 1) demonstrável, mas não óbvio. A linha fina indica a presença de componentes exógenos ambientais e/ou somatogênicos, que também implicam em três níveis de valoração: 3) necessário e cérebro-determinado, tóxico ou estrutural, 2) indireto, 1) ocasional. E finalmente a linha intertrilhada, donde o potencial de reversibilidade espontânea ou terapêutica. Aqui a valoração é medida em quatro níveis: 4) permanente e rápido, 3) permanente e lento, 2) parcial ou temporário, 1) duvidoso. Por exemplo, na esquizofrenia (rubrica 9), os fatores endógenos atingem o auge, com máxima expressão genética, enquanto os componentes exógenos são mínimos. A reversibilidade é parcial ou apenas temporária. Nas psicoses diatéticas (rubrica 14) os fatores endógenos são menos intensos, por predisposição latente; ao mesmo tempo os fatores exógenos são indiretos. A reversibilidade pode ser temporária ou permanente.

Outro exemplo, as neuroses (rubrica 17), onde os fatores genéticos podem ser demonstráveis, mas não são óbvios, e os componentes ambientais são ocasionais; a reversibilidade é permanente, mas atingida lentamente. Na doença de Alzheimer (rubrica 21) os fatores endógenos são apenas demonstráveis, os exógenos são indiretos e a reversibilidade é menos que duvidosa. Desse modo cada uma das entidades clínicas pode ser apreciada.

Com relação ao critério para *avaliação da intensidade da carga genética* Silveira, (1956) estabeleceu já em 1938, através do exame de 2166 anamneses, quatro graus em uma escala:

1. Presença de psicose endógena nas linhagens materna e paterna.
2. Presença de psicose endógena similar em uma das linhagens.
3. Psicose ocasional ou suicídio em uma das linhagens.
4. Epilepsia em uma das linhagens.

O maior grau de atenuação da carga genética é a presença de epilepsia em uma das linhagens, o menor é psicose endógena em ambas as linhagens. Isto significa que num indivíduo em particular, acometido por desordem mental, a presença das condições arroladas nas linhagens materna e paterna, indica maior concentração ou diluição da carga genética, contribuindo para o estabelecimento do prognóstico. Um paciente com diagnóstico de esquizofrenia tem melhor prognóstico se há epilepsia na família; e pior se tem outros casos de psicose endógena.

De um ponto de vista histórico a patogênese especial, entendida como filiação de sintomas e quadros clínicos a sistemas e esferas psíquicas e cerebrais, remonta a Audiffrent, (1869), que, em pleno século XIX, já discorria sobre “sistemas celulares”. Na Alemanha “Meynert inaugurou a filiação dos distúrbios mentais às alterações das camadas celulares nas

diversas regiões corticais” (Silveira, 1959a), seguido por Wernicke, que demonstrou em 1873 a sede cerebral da afasia sensorial. Mas a patogênese, conforme expressou Silveira, “compreendida como função das regiões cerebrais envolvidas no processo clínico”, só foi definitivamente estabelecida por Karl Kleist, cuja orientação fora sempre ligar psicopatologia e patologia cerebral.

No estudo da patogênese especial Silveira considera dois níveis de avaliação: uma dos sistemas envolvidos por meio dos sintomas, e outra das esferas atingidas por meio dos quadros clínicos. Assim o conjunto de sintomas permite avaliar a que sistemas correspondem, e a que esferas pertencem, identificando a esfera primordialmente afetada. Em conclusão, os quadros clínicos podem ser de patogênese afetiva, conativa e intelectual, conforme a esfera primordialmente atingida.

Referências bibliográficas

- AUDIFFRENT G. *Du cerveau et de l'innervation*. Paris: Dunod, 1869.
- MARTINIC MORALES D. L., *Esquizofrenia pelo ângulo da patogênese*. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina de Jundiaí, 1976.
- ROXO H. B. B., *Manual de Psychiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1925.
- SILVEIRA A., *Human genetics as an approach to the classification of mental diseases*. Congrès International de Psychiatrie. Arq. Neurol. Psiquiat. 10: 41-46, 1952.
- _____. *Aplicação da genética humana à higiene mental*. Arq. Neurol. Psiquiat., 14(2): 117-135, 1956.
- _____. *Caracterização da patologia cerebral, da psicopatologia e da heredologia psiquiátrica na doutrina de Kleist*. Arq. Neuro-psiquiatria, 17(2): 102-142, 1959a.

SILVEIRA A., *Esquizofrenia e psicoses degenerativas de Kleist*. Arq. Neuro-psiquiatria, 17: 143-162, 1959b.

_____. *Patogênese dos quadros clínicos*. Notas de aula. Curso de pós-graduação em psiquiatria. Campinas, Unicamp, 1970a.

_____. *Conceito de ciclo hereditário*. Notas de aula. Curso de pós-graduação em psiquiatria. Campinas, Unicamp, 1970b.

Psicopatologia pela patogênese

Conceito.

Cooperação seletiva, regência e alternância funcional.

Ação de suplência e desordem de repercussão.

Psicopatologia geral das esferas afetiva, conativa e intelectual.

Psicopatologia especial: esquizofrenia, grupo maníaco-

depressivo, epilepsia, oligofrenia, psicoses

diatéticas, personalidades psicopáticas, neuroses.

Jaspers, (1973), distinguiu a psicopatologia como ciência da psiquiatria como disciplina prática, aplicando o método fenomenológico. Já o estudo das desordens psíquicas pelo critério patogênético foi realizado por Silveira. Joacyr Salles Barros, em sua tese sobre o automatismo mental de Clérambault, apresentou a psicopatologia conforme a acepção silveiriana, que “corresponde ao estudo dos dinamismos mórbidos dos quais resultam os sintomas e os quadros clínicos. É o estudo geral dos dinamismos patogênicos considerados abstratamente, independente das condições individuais de cada paciente, o que seria o campo da psiquiatria” (Barros, 1976). A psicopatologia corresponde, nesse sentido, ao estudo geral e abstrato da dinâmica psíquica e da patogenia, não a condições específicas e concretas de um paciente em particular.

A abordagem pela patogênese é peculiar; implica menos em extensas descrições que na identificação das esferas primordialmente atingidas nos diversos quadros clínicos, bem como nos sistemas envolvidos. De uma perspectiva geral a patogênese decorre da interação de fatores internos, genéticos, com fatores externos, oriundos do ambiente físico e social. A psicopatologia geral procura explicar cada sintoma e quadro clínico; a especial trata das diversas entidades clínicas.

A cerebropatogênese é o substrato neuronal da psicopatogênese. Esta é correlata da primeira. Em *Contribuição para a semiologia psiquiátrica* Silveira, (1945), e colaboradores estabeleceram os conceitos fundamentais da dinâmica encefálica, principalmente a partir das pesquisas de Dusser de Barenne no plano fisiológico, e Karl Kleist no plano patológico. Em síntese, existe uma organização funcional do córtex encefálico que se expressa através de:

Cooperação seletiva: quando áreas cerebrais distantes, sejam do mesmo hemisfério ou do hemisfério contra-lateral, trabalham concertadamente em funções similares; a difusão dos estímulos segue orientação determinada, feita por transmissão neuronal.

Regência funcional: quando determinadas áreas encefálicas estimulam ou inibem outras áreas distantes, regendo-as de modo organizado, e instituindo uma *hierarquia funcional*.

Alternância funcional: quando áreas homólogas dos dois hemisférios, ligadas através do corpo caloso, alternam-se em condições fisiológicas, e na patologia exercem *ação de suplência*, permitindo a reeducação funcional. Na ação de suplência, ainda, uma região encefálica mais diferenciada e complexa substitui a função de outra região lesada menos diferenciada, mesmo que no mesmo hemisfério.

Silveira chega assim a uma conclusão fundamental, ou seja, que manifestações de uma área encefálica determinada podem resultar de alterações de outras áreas distantes. Nesses casos os sintomas não correspondem diretamente às funções da zona lesada. São as *desordens de repercussão* tão bem investigadas na síndrome do lobo frontal. Além disso, um mesmo campo arquitetônico cerebral pode desempenhar funções distintas, enquanto que uma mesma função pode exigir o concurso de áreas diversas por cooperação seletiva. Aspecto importante a ser lembrado, também, é que uma mesma zona cerebral pode produzir sintomas neurológicos, psíquicos e mistos. Para Silveira (1945):

“O dinamismo dessas desordens de repercussão e dessa ação de suplência, em nível funcional mais objetivo – como é o caso da motilidade e da expressão oral – permite compreender o que se passa no domínio de funções essencialmente subjetivas, como o trabalho intelectual, a apercepção, a afetividade”.

Mediante tais conceitos ele associa o critério espacial ao critério cronológico na avaliação da zona primariamente atingida. Espaço e tempo. As zonas-mestras do cérebro são três: frontal, parieto-temporal e parieto-occipital. Pelo critério espacial são identificados os sintomas intrínsecos e extrínsecos a determinada região. Quando há concomitância de sintomas psíquicos e neurológicos é preciso examinar o quadro à luz da hierarquia funcional. Se tanto os sintomas neurológicos como os psíquicos pertencem à mesma zona a alteração é intrínseca. Se pertencem a zonas diferentes é desordem de repercussão. Assim, uma manifestação psíquica do lobo frontal, como a carência de iniciativa, associada a manifestações neurológicas parieto-occipitais, como apraxia e agrafia, indica lesão parieto-occipital e não frontal. Na ausência de sintomas neurológicos concomitantes o critério cronológico se impõe: a ordem em que os fenômenos patológicos aparecem durante a evolução do quadro clínico indica a zona primariamente atingida. A repercussão à distância não é aleatória, mas orientada. O lobo frontal pode sofrer alterações originárias das zonas parieto-temporal e parieto-occipital, mas lesões frontais não repercutem sobre elas. Por seu turno lesões parieto-temporais também não afetam a zona parieto-occipital. É o princípio da hierarquia funcional: alterações da zona parieto-occipital produzem desordens de repercussão sobre a zona parieto-temporal e lobo frontal; e alterações parieto-temporais repercutem sobre o frontal. Além disso, Silveira esclarece que, para efeito de diagnóstico, as desordens psíquicas quase nunca

atingem uma única função simples, mas conjuntos de funções que compõem os diversos quadros clínicos. Assim, a cerebropatogênese fica configurada pelas desordens intrínsecas e extrínsecas a cada região cerebral. Os quadros abaixo foram reproduzidos de *Contribuição para a semiologia psiquiátrica: a pneumoencefalografia*, trabalho de Silveira e colaboradores (Silveira, 1945), ganhador do Prêmio Austregésilo de Neuro-psiquiatria, em que os autores estudam as manifestações do lobo frontal, da zona parieto-temporal, da zona parieto-occipital e os sintomas do lobo frontal, como repercussão.

Desordens intrínsecas

MANIFESTAÇÕES DO LOBO FRONTAL

*Plano fisiológico**Plano patológico*

Esfera psíquica

Convexidade:

Capacidade de abstração (fixação).....	Amnésia (secundariamente, fabulação)
Pensamento ativo (elaboração).....	Distúrbio formal do raciocínio
Orientação no espaço	Desorientação espacial
Formação espontânea de sons e frases.....	Anespontaneidade oral e mímica
Expressão mímica.....	Afasia de expressão
Iniciativa de ação.....	Carência de iniciativa
Contato afetivo com o ambiente.....	Irritabilidade, apatia

Esfera neurológica

Tonus muscular.....	Perturbação do tônus Convulsões
Preensão intencional.....	Preensão forçada
Atitude ereta.....	Perda da atitude ereta, astasia
Marcha ereta.....	Desvio da marcha, ataxia de Brun
Orientação motora de segmentos.....	Desvio no movimento de indicação
Direção automática dos olhos e cabeça (Atenção).....	Desvio conjugado do olhar

Esfera psíquica

Região orbitária:

Caráter. Atitude moral.....	Perversões instintivas
Perseveração.....	Labilidade de iniciativa Mória

Esfera psíquica

Centro oval:.....	Amnésia Agressividade Apatia
-------------------	------------------------------------

MANIFESTAÇÕES DA ZONA PARIETO-TEMPORAL

*Plano fisiológico**Plano patológico*

Esfera psíquica

Coordenação da vigília	Onirismo
Regência da elaboração mental.....	Temas delirantes (persecutórios, especialmente de grandeza) com consciência do estado mórbido
Manutenção do esforço intelectual.....	Labilidade intelectual. Prolixidade da expressão verbal.....
	Logorréia. Parafasia, iteração e do empreendimento.....
	Carência de iniciativa. Perseveração de atitude
Regência somatotópica da ação.....	Apraxia segmentar
Audição. Compreensão de frases verbais.....	Afasia de compreensão. Afasia de condução
	Alucinações auditivas peculiares
Reconhecimento pelo tato.....	Agnosia tátil
	Ilusão somatotópica segmentar (membro fantasma)

Esfera neurológica

Sensibilidade proprioceptiva.....	Parestesias de tipo central
Orientação neurológica sobre o próprio corpo...	Perda do esquema do corpo. Catatonia
Noção bidimensional do espaço.....	Desorientação quanto a direita e esquerda

MANIFESTAÇÕES DA ZONA PARIETO-OCCIPITAL

*Plano fisiológico**Plano patológico*

Esfera psíquica

Regência afetiva da elaboração	Temas delirantes (místicos, de ciúme)
Orientação da apreensão.....	Colecionismo
Construtividade.....	Destrutividade
	Apraxia de construção de Kleist
Ação coordenada, motora.....	Apraxia ideo-motora
Noção tridimensional do espaço.....	Desorientação no espaço objetivo
Leitura.....	Alexia
Escrita.....	Agrafia
Cálculo.....	Acalculia
Noção de relevo (visual) e de cores.....	Agnosia visual (forma e cores)

Esfera neurológica

Discriminação tátil.....	Parestesias segmentares. Disestesia
Orientação do olhar.....	Incapacidade de dirigir o olhar
Visão.....	Aura visual
	Escotoma central

Desordens extrínsecas

SINTOMAS DO LOBO FRONTAL COMO REPERCUSSÃO

<i>Zona primária mnete atingida</i>	<i>Sintomas frontais</i>
Parieto-temporal.....	Elaboração delirante, principalmente baseada em distúrbios perceptivos Fabulação, independente de amnésia Automatismo mental verbal-auditivo e verbal-motor Alucinações auditivas Hiperatividade alternante com inibição da iniciativa
Parieto-occipital.....	Elaboração delirante de tipo interpretativo predominante Agressividade orientada por temas delirantes Ecolalia
Cerebelo.....	Perda paroxística do tônus na posição ereta Ataxia em atitude ereta sem concomitância de distúrbios intelectuais frontais Nistagmo
Labirinto.....	Vertigem sem outros componentes do tipo Menièree sem sinais cerebelares permanentes

Psicopatologia geral

Na aplicação do critério patogenético à psicopatologia Silveira filiou todas as desordens psíquicas, configuradas em sintomas e quadros clínicos, respectivamente a sistemas e esferas da personalidade. Assim cada quadro pode ser apreciado conforme o comprometimento primordial das esferas afetiva, conativa ou intelectual. É a psicopatologia geral.

A *esfera afetiva* estimula as demais e recebe influência da esfera intelectual; suas desordens repercutem, portanto, necessariamente nas esferas conativa e intelectual; isto é, em toda a personalidade. Os sintomas mais gerais de patogênese afetiva são aqueles decorrentes da excitação ou inibição da afetividade como um todo. A primeira acelera os processos psíquicos, a segunda desacelera, retarda; a primeira exalta, a segunda deprime. Como na mania e na depressão, respectivamente. As alterações da esfera afetiva podem ser agudas, quando o comprometimento é reversível, crônicas, quando se mantém estável ou progressivas, quando vão se acentuando com o tempo. Neste último caso ocorre um rebaixamento que pode ser caracterizado pelo declínio, pelo embotamento e pela devastação, o grau mais intenso de rebaixamento afetivo. Aqui o paciente não estabelece contato e a auto-conservação individual está completamente comprometida. É próprio das formas residuais esquizofrênicas, especialmente das hebefrênicas. Todas estas alterações afetivas repercutem sobre as demais esferas da personalidade. Assim, na excitação há agitação motora, aceleração da observação e da elaboração e logorréia; na depressão há inibição motora e lentidão psíquica global. No embotamento tanto a ação explícita está inibida como os processos intelectuais. Das alterações agudas e reversíveis da esfera afetiva são exemplos a própria excitação maníaca e a depressão.

Podem ocorrer desordens instantâneas, ligadas ao dinamismo das emoções, como o pânico e a cólera. Na concepção

silveiriana emoções são reações afetivas a noções intelectuais. O medo é uma emoção, pois que reação afetiva à noção de perigo ou ameaça objetiva. Quando a noção não é consciente, e a ameaça é subjetiva, não objetiva, falamos em ansiedade. Por isso Franz Alexander (1976), definiu ansiedade como o medo interiorizado, sem objeto. No pânico e na cólera a reação afetiva, sempre ao nível da individualidade é intensa, o que desorganiza a regência intelectual; o estímulo afetivo sobre a conação provoca ação desorientada e não elaborada. No pânico a reação ocorre no plano instintivo mais básico com estímulo da prudência conativa; a ação fica siderada. Na cólera a reação se dá no plano da tendência à destruição e da necessidade de domínio com estímulo da coragem conativa; há liberação da ação, agitação, agressividade. Se na ansiedade há reação a uma situação de ameaça subjetiva, no pânico esta reação é intensa, no mais alto grau. Existe uma condição intermediária em que a reação ansiosa é deslocada para um objeto externo: a fobia. Neste caso a ansiedade se manifesta somente face ao objeto. São os casos de fobia a animais, fenômenos da natureza, doenças, lugares abertos ou fechados. Na despersonalização a pessoa perde a noção de identidade subjetiva, a qual está ligada à continuidade das experiências emocionais. Tais experiências repercutem no setor da sociabilidade, e são simbolizados intelectualmente.

Em nível mais profundo, o da individualidade básica, o instinto nutritivo rege o metabolismo através da inervação simpática e parassimpática; o impacto emocional aí pode gerar distúrbios psicossomáticos. Isto ocorre quando os conflitos emocionais não resolvidos mantêm onexo emocional subjetivo inconsciente. Aqui já não falamos em ansiedade, mas em angústia. A angústia é a reação afetiva a uma ameaça subjetiva verificada no setor da individualidade instintiva.

As alterações da afetividade podem aparecer como rebaixamento ou comprometimento afetivo: no declínio afetivo, onde há noção associada a desinteresse pela própria situação;

no embotamento, onde há perda da noção da situação, o desinteresse é profundo e os instintos de conservação individual estão afetados; e na devastação afetiva, quando o embotamento se acentua, e não há juízo nem contato com a realidade.

A afetividade participa da configuração dos quadros clínicos também em modo concordante: reação emocional adequada, congruente; ou discordante: reação emocional inadequada, incongruente.

Ainda como desordens da afetividade a *puerilidade* reflete um desenvolvimento afetivo fixado na fase infantil ou regredido. Quando fixado o desenvolvimento permanece estacado na infância, como no quadro permanente do puerilismo. Quando regredido o paciente retorna a uma fase infantil que já havia sido ultrapassada, como na hebefrenia pueril. Enquanto na *hiperemotividade* predomina a alteração da sociabilidade, na *perversidade* é a individualidade o setor da personalidade envolvido. No primeiro ocorre instabilidade emocional caracterizada por exagero das reações afetivas; no segundo é o aspecto egoístico que predomina de um modo destrutivo e dominador, sem consideração pelo outro.

A *esfera conativa* tem a função de estimular, inibir ou manter as ações e o trabalho intelectual. Rege a ação explícita, e estimula as funções intelectuais, mobilizando a atenção para a observação, elaboração e comunicação psíquica. As desordens de patogênese conativa, por conseguinte, produzem sintomas da motilidade e do contato intelectual com a realidade. Na *hipercinesia* a motilidade está aumentada por excesso de estímulo associado à firmeza das ações e falta de inibição. Na *acinesia* o contrário acontece, predominando a inibição geral por falência do estímulo conativo. Em plano profundo atinge, inclusive o sentido da musculação, levando à conhecida flexibilidade cética. Na astenia há estímulo conativo da prudência, patogênese conativa, inibindo a ação explícita; a esfera intelectual é poupada, como na personalidade psicopática astênica. Já na instabilidade motora ocorre insufi-

ciência de firmeza, enquanto que na *explosividade* o estímulo para a ação é intenso e imediato. Os fenômenos de repetição de atos são mais complexos envolvendo estímulo-inibição conativa em unidades que se repetem (equivalência entre coragem e prudência). Este dinamismo está presente na *iteração*, na *estereotipia* e na *compulsão*, onde certos gestos são executados a intervalos regulares e com sentido ritual. Iteração é a simples repetição ininterrupta de movimentos restritos, enquanto a estereotipia abrange movimentos mais amplos e de aspecto bizarro. Na compulsão a repetição de atos e gestos deriva da impregnação afetivo-emocional correspondente à época de maturação da motilidade. A *conversão motora* é sintoma que traduz na motilidade e na mímica aspectos da vida afetiva do indivíduo; representa negações e distorções na dinâmica emocional ligadas à ansiedade.

Outros sintomas conativos a serem considerados são o *negativismo* e a *procinesia*. Falta subordinação afetiva no primeiro caso; há uma reação afetiva de negação com comportamento de oposição ou recusa (envolve sistemas afetivos ligados à individualidade). No segundo caso há excesso de subordinação (sistema afetivo ligado à sociabilidade – veneração), e o indivíduo atende prontamente as solicitações, antecipa-se, imita, responde em eco e espelho.

A *esfera intelectual* é responsável, na teoria silveiriana, pelas concepções e expressões subjetivas. Concepção implica nas funções de observação (concreta e abstrata) e de elaboração (indutiva e dedutiva); resulta na noção e no pensamento. A expressão ou comunicação pode ser mímica (gestual e fisionômica), verbal e gráfica. Como vimos, de acordo com o “princípio de Audiffrent”, os estímulos do ambiente incidem sobre os órgãos dos sentidos, e são carreados para os núcleos sensoriais subcorticais, de onde partem duas vias: uma para os órgãos da observação no córtex frontal e outra para a região posterior, donde a ressonância afetiva. Assim se forma a imagem primária com seus componentes principal e acessório. A

junção dos dois componentes no lobo frontal completa a percepção, e resulta em noções (ou experiências), ao mesmo tempo intelectuais e afetivas. Dado o aspecto afetivo a imagem primária proporciona a formação de juízos de valor. A psicopatologia da esfera intelectual pela abordagem patogênica abrange alterações dos processos da observação, da elaboração e da expressão.

Silveira estuda as diversas alterações da percepção conforme sete características: origem do estímulo (se é objetivo ou subjetivo), extrajeção ou intrajeção das imagens, estabilidade ou instabilidade, grau de vivacidade e nitidez, grau de influenciabilidade e sensação de realidade. Na percepção normal o estímulo é objetivo, o objeto é percebido no mundo exterior (extrajetável) e a imagem é estável, viva, nítida, imodificável e sensorialmente real. Já na imagem evocada pela memória o estímulo é subjetivo, o objeto é percebido no mundo interior (inrajável) e a imagem é menos estável, viva e nítida, e mais modificável. O estímulo parte da região afetiva em direção aos órgãos frontais da observação e aos núcleos subcorticais (Barros, 1976).

A *ilusão* corresponde a uma distorção da percepção normal. Obedece a dois dinamismos distintos: intelectual, quando os estímulos discordam do modo de percepção habitual; e afetivo, quando a observação do objeto é falseada pela emoção. Na ilusão o estímulo é sempre objetivo, a imagem é extrajetável, nítida e real, mas não é estável nem viva ou nítida. Falso reconhecimento e sensação de estranheza são exemplos de ilusões.

Na *alucinação* a imagem tem todas as características da percepção normal, exceto que o estímulo é subjetivo, afetivo, e atinge diretamente os órgãos da observação. O paciente não a distingue de um objeto real. O distúrbio é intrínseco à observação (nível concreto), o que impede a noção de morbidez. É extrajetável, estável, viva, nítida, não influenciável e acompanhada de forte sensação de realidade.

Já no *automatismo mental*, o estímulo é conativo, e envolve os gânglios subcorticais; é extrínseco aos órgãos da observação. Por isso, ao indivíduo, as percepções não lhe parecem reais, e ele não as confunde com a percepção normal, embora as experimente. Busca explicações para a origem do fenômeno. As imagens são intra ou extrajetáveis, estáveis, vivas e relativamente nítidas, não influenciáveis e com forte sensação de realidade. Silveira classificou, em 1941, baseado nas descrições originárias dos pacientes ou inferidas dessas descrições, as várias modalidades de automatismo mental em viscerais, afetivas, motoras e intelectuais. Revisou o estudo em 1971 (Barros, 1976), sistematizando o automatismo mental em:

– Viscerais: localização visceral de fenômenos sensoriais; manipulação de órgãos; substituição de vísceras; esvaziamento de vísceras.

– Afetivas: imposição de emoções; choro ou riso impostos; irritabilidade ou agressividade impostos.

Motoras: imposição de gestos e atos complexos; imposição de movimentos; descarga motora; interferência motora; impedimento de movimentos.

Intelectuais: Sensoriais: influências elétricas; frio ou calor impostos; sensação de contato; transmissão de sabores ou odores; visão projetada do próprio corpo; imagens transmitidas; imagens liliputianas; vozes captadas ou dialogais (modo verbal-auditivo). Mistos: pronúncia imposta de frases (modo verbal-motor); eco e leitura de pensamento; eco de vozes alucinatórias; enunciação intrapsíquica de gestos ou atos; mentismo visual representativo. Abstratos: transmissão, captação, interceptação, impedimento e bloqueio de pensamentos; perplexidade sem objeto; desfile mudo de pensamentos; diálogo ou disputa entre pensamentos; eco de pensamento; intuições induzidas.

Quanto a outros aspectos, a desorientação no espaço depende da observação concreta, a desorientação no tempo, da abstrata. Ainda no setor concepção da personalidade, as imagens primárias trabalhadas pelos órgãos da elaboração

indutiva e dedutiva, resultam em imagens subjetivas, despojadas de influência afetiva, e que proporcionam ao indivíduo as idéias e o juízo de realidade. A contração-simplificação dessas imagens constitui o sinal; quando um significado é atribuído ao sinal está formado um símbolo.

Os distúrbios da elaboração podem ser intrínsecos à esfera intelectual ou extrínsecos. O *delírio* é distúrbio da simbolização, em que os sinais são simbolizados de modo distorcido. Quanto à esfera primordialmente atingida há os delírios de patogênese intelectual (sem noção de morbidez) como acontece na mania, melancolia, esquizofrenia, e patogênese afetiva (com noção de morbidez) como na paranóia. Quanto ao dinamismo dos sistemas envolvidos há o delírio interpretativo, ligado à elaboração dedutiva, e o alucinatório, indutivo, ambos intrínsecos à esfera intelectual. Em todos a capacidade de simbolização está profundamente perturbada; têm lógica e coerência, mas são irredutíveis e inamovíveis, não se subordinam à realidade objetiva. No *delírio circunscrito* e na *paranóia* a desordem é extrínseca à elaboração, de natureza afetiva. Quando a desordem é intrínseca à esfera intelectual não há noção de morbidez, quando extrínseca há noção, e o paciente tenta, muitas vezes, ocultar o distúrbio, dissimular. Além disso, o conteúdo do delírio indica o setor da afetividade implicado: individualidade nos casos persecutório, hipocondríaco, depressivo, de ciúme, grandeza, poder, ruína e negação; sociabilidade nos casos místico, de reforma, beatitude, invenção. A *fabulação* é desordem extrínseca à elaboração, de origem conativa, e afeita à meditação dedutiva, o que explica a produção excessiva de imagens, a variabilidade e a instabilidade das concepções. Pode ser ocasional, substitutiva como nas falhas da memória, ou produtiva como na confabulose e na mitomania.

As alterações da expressão estão ligadas a desordens que afetam a comunicação fisionômica ou gestual dos conteúdos subjetivos. Os distúrbios da mímica podem ocorrer por aumento:

hipermímia, diminuição: *hipomímia* ou *amímia*, e discordância da expressão. No mal de Parkinson, na ausência psíquica e na depressão há hipomímia, na mania hipermímia, na hebefrenia discordância entre mímica e conteúdo intelectual ou afetivo. Há *apraxia* quando o paciente é incapaz de se expressar através de gestos, embora tais distúrbios também envolvam aspectos motores e elaborativos. Assim, na apraxia motora o paciente não consegue executar os gestos expressivos, enquanto que na ideativa não elabora mentalmente a execução. No terreno da expressão verbal há diversas alterações: a *dislalia* corresponde à articulação inadequada de certos fonemas por disfunção, como o *r* (rotacismo) e o *s* (sigmatismo); quando há indício de alteração estrutural o fenômeno é denominado *disartria*. *Disfemia* (ou tartamudez) é a perturbação do ritmo da fala com oscilações, repetições de letras, sílabas ou palavras. *Disfonia* é distúrbio da fonação: volume, altura, timbre vocal. *Afasia* é incapacidade de expressão verbal. Na afasia motora de Broca, o paciente não articula palavras por lesão da área 44 de Brodmann no hemisfério dominante. Na afasia sensorial de Wernicke a lesão, também no lado dominante, localiza-se nas áreas 22 e 41, levando à incapacidade de compreensão da palavra. O paciente articula, mas desordenadamente, sem noção do distúrbio; constitui uma parafasia. As lesões da área 45, de ligação entre a 46 e a 10, sedes dos órgãos da observação concreta e abstrata, levam ao *agramatismo*, em que o paciente perde a capacidade sintática; a linguagem fica telegráfica. Na *afasia nominal*, por perda da simbolização, o paciente pode descrever um objeto, mas não nomeá-lo. Na *acalculia*, que indica lesão frontal intrínseca, há deficiência para calcular. Na *agrafia*, para executar sinais gráficos e na *alexia*, a incapacidade é para ler. Tanto a alexia como a acalculia podem resultar de lesões das áreas 39 e 40 de Brodmann.

Psicopatologia especial

A classificação das desordens mentais proposta por Silveira (1952) em *Human genetics as an approach to classification of mental diseases* estabelece cinco grupos de transtornos. O critério para a classificação, como já vimos, é a maior ou menor participação da carga genética em relação com o ambiente físico e social. O grupo III, das condições endógenas constitucionais, é o que concentra a maior influência genética; inclui os quadros progressivos: esquizofrenia, juntamente com a parafrenia; os quadros reversíveis: grupo maníaco-depressivo; os quadros permanentes: epilepsia e oligofrenia; a paranóia. O grupo IV, das condições endógenas colaterais, é o das psicoses diatéticas, personalidades psicopáticas, toxicofilias, neuroses, psicose reativa, convulsões sintomáticas e delírio alucinatorio crônico; a carga genética é mais diluída que no grupo III. Mais diluída ainda ela é nos grupos I, das psicoses por doenças toxi-infecciosas, no II, das psicoses por intoxicação acidental e V, das condições deficitárias por lesões focais e abiotróficas do cérebro. Não discutiremos todos os grupos.

No âmbito clínico Silveira estudou as formas constitucionais esquizofrênicas, as circulares e a epilepsia em relação com as correspondentes formas colaterais diatéticas. Sistematizou as várias formas esquizofrênicas de acordo com as descrições de Kleist e Leonhard, especialmente em *Cerebral systems in the pathogenesis of endogenous psychoses*, apresentado no simpósio do professor Karl Leonhard sobre psicoses atípicas, no III Congresso Mundial de Psiquiatria, Montreal, em 6 de junho de 1961 (Silveira, 1961). O texto foi publicado em 1962 nos Arquivos de Neuro-psiquiatria, e sofreu ampliações e revisões (Silveira, 1962). É com base nele, principalmente, que faço resumida exposição da psicopatologia pelo ângulo da patogênese. Complemento o estudo com outros textos publicados por Silveira, bem como notas de aulas.

Esquizofrenia

No estudo da esquizofrenia Silveira distingue 26 formas pela patogênese. Na concepção adotada por ele a esquizofrenia constitui entidade clínica, que “abrange um grupo de quadros mentais endógenos, portanto independentes de quaisquer causas aparentes, determinados pelo dinamismo genético, o qual os conduz progressivamente a estado mental deficitário” (Silveira, 1970). Ressalta o autor que a característica progressiva está ligada ao curso espontâneo, e que o aspecto genético não implica em inacessibilidade terapêutica. Pluralista, para ele “não existe uma modalidade esquizofrênica única”, mas 26 formas perfeitamente configuradas por Kleist, tanto pelo aspecto clínico como pela carga genética. Kleist manteve a distinção das entidades clínicas hebefrenia, descrita inicialmente por Hecker, e catatonia, por Kahlbaum, apenas separando delas os quadros sintomatológicos aparentemente hebefrênicos e catatônicos, de curso benigno. O mesmo fez com os quadros mentais delirantes com decurso progressivo em relação aos transitórios. Adotando as concepções de Kleist Silveira chegou à delimitação patogenética das diversas formas esquizofrênicas (quadro 1):

Hebefrenia: 4 formas; a patogênese de todos os quadros clínicos é da esfera afetiva.

A patogênese dos sintomas fundamentais varia segundo as formas:

pueril e depressiva: sistema afetivo,

apática: sistema conativo e

autista: sistema intelectual.

Catatonia: 8 formas; a patogênese de todos os quadros clínicos é da esfera conativa.

A patogênese dos sintomas fundamentais varia segundo as formas:

negativista e procinética: sistema afetivo,

acinética, estereotípica, paracinética e iterativa:

sistema conativo,

mutista e prolálica (ou *loquaz*): sistema intelectual.

Esquizofrenia paranoide: 7 formas; a patogênese de todos os quadros clínicos é da esfera intelectual.

A patogênese dos sintomas fundamentais varia segundo as formas:
somatopsicose progressiva, autopsicose progressiva, psicose progressiva de inspiração: sistema afetivo,
alucinoses progressivas, confabulações progressivas, psicose progressiva de influência: sistema conativo,
fantasiófilia: sistema intelectual.

Esquizofrenia confusional: 4 formas; a patogênese de todos os quadros clínicos, bem como dos sintomas fundamentais é intelectual:

esquizofasia, esquizofrenia paralógica, embotamento incoerente, confusional por surtos.

Parafrenia: 3 formas; a patogênese de todos os quadros clínicos é intelectual.

A patogênese dos sintomas fundamentais varia segundo as formas:
psicose progressiva de referência: sistema afetivo,
psicose progressiva de interpretação e delírio circunscrito: sistema intelectual.

São palavras de Silveira (1959b) em *Esquizofrenia e psicoses degenerativas de Kleist*:

“As formas esquizofrênicas cujo traço fundamental é dado pelo dismantelo afetivo – as da hebefrenia – não oferecem variedades assistemáticas. Algumas porém são mais características e mais uniformes pelo decurso e pelo quadro clínico: as do par pueril e depressivo. Note-se que em ambos os casos é o sistema preposto à afetividade que está predominantemente atingido. Na forma apática os distúrbios se manifestam através do sistema conativo e, na autista, mediante o intelectual: em ambos os casos é o profundo transtorno do interesse afetivo o que anula a iniciativa respectivamente para agir e para contactar mentalmente com o mundo exterior. Para compreender

o porque das formas clínicas não basta reconhecer simplesmente qual o sentido global – afetivo, psicomotor ou intelectual – que preside a exteriorização clínica em causa (...) No campo das formas catatônicas, quadros psicomotores ou conativos, as variedades sistemáticas se dividem em três grupos (...): a dupla negativista e procinética, que reflete o dinamismo afetivo primário, o grupo em que há falência, desvio ou repetição da atividade explícita – isto é, as formas acinética, paracinética e estereotípica – e o par intelectual, mutista e loquaz. As duas primeiras formas traduzem, respectivamente, o oposicionismo sob forma primitiva de negação e ao contrário a subordinação excessiva, subserviente, ao estímulo externo: o doente aqui obedece imediatamente e como em eco, a todo estímulo que o atinja (...) Estas mesmas tendências opostas para o retraimento ou para a acessibilidade exagerada caracterizam no setor intelectual as variedades mutista e loquaz. O predomínio da inibição e da perseveração é evidente na catatonia acinética. O que atinge em plano profundo inclusive o sentido da musculação, donde o fenômeno da ‘flexibilidade cêrea’; ao passo que há exagero de iniciativa, concomitante à incapacidade de refreamento, na forma paracinética; e equivalência entre ambas estas funções conativas na forma estereotípica”.

De acordo com a configuração patogenética a catatonia iterativa, as parafrenias e esquizofrenia confusional por surtos são formas assistemáticas (extensivas); todas as demais são sistemáticas.

Grupo maníaco-depressivo

O grupo maníaco depressivo abrange condições endógenas constitucionais de patogênese afetiva; são reversíveis. Em todas as formas a esfera primordialmente atingida é a da

afetividade. O tônus afetivo dado pelo humor está exaltado ou rebaixado, repercutindo sobre as esferas conativa e intelectual. Por isso a aceleração ou a lentidão psíquicas, refletindo na ação explícita, nas concepções e na comunicação, e também a reação afetivo-emocional de bem ou mal estar, concepções intelectuais otimistas ou pessimistas. O decurso pode ser simples como na mania e na melancolia, ou multifário como na psicose maníaco-depressiva e na psicose ansioso-estuporoso-agitada, nos quais as formas se alternam durante a evolução.

De acordo com Kleist há 4 formas típicas, com maior concentração da carga genética, e 3 formas atípicas, com carga genética menos concentrada, totalizando 7 formas. Assim:

FORMAS TÍPICAS:

Mania.

Melancolia.

Melancolia ansiosa.

Psicose maníaco-depressiva.

FORMAS ATÍPICAS:

Psicose ansiosa de involução.

Psicose ansioso-estuporoso-agitada.

Depressão ansioso estuporosa.

Epilepsia

Segundo Silveira (1971b) a epilepsia é condição endógena permanente composta por dois tipos fundamentais, conforme a carga genética: as manifestações nucleares e as condições marginais.

Às manifestações nucleares, a expressão máxima da carga genética, correspondem as convulsões generalizadas, as crises tônicas com inconsciência e os paroxismos mentais.

As condições marginais, de carga genética mais atenuada, incluem as variantes afetivas: crises viscerais (gastro-intestinais) e reações afetivas de riso e choro. Variantes motoras: crise bravais-jacksoniana, mioclonias, crise parcial-contínua. Variantes intelectuais: a crise temporal, por estímulo parieto-temporal sobre a região frontal, a qual está ligada ao estado crepuscular; a ausência psíquica e a perda temporária do curso do pensamento. E ainda entre as condições marginais podem ocorrer: escotoma cintilante e negativo, a enxaqueca, a narcolepsia. A enxaqueca, as crises viscerais e os escotomas têm em comum o caráter espasmódico das manifestações.

Mais atenuados ainda que as condições marginais são os traços de personalidade ligados à epilepsia. Destacamos reações afetivas: submissão, religiosidade exagerada e agressividade; tendências conativas: instabilidade, liberação da ação explícita e viscosidade; condições intelectuais: minuciosidade, prolixidade e tendência a fabulação.

Oligofrenia

A oligofrenia é uma condição endógena permanente, genética, caracterizada por imaturidade cerebral e insuficiente desenvolvimento mental. A palavra foi criada por Kraepelin. Para Silveira oligofrenia não implica necessariamente em deficiência mental; há oligofrenia sem deficiência. A patogênese, entretanto, é sempre afetiva, ligada ao instinto nutritivo, que preside a formação e o desenvolvimento dos órgãos cerebrais. Trata-se de “um distúrbio primário da esfera afetiva da personalidade” (Silveira, 1971).

Silveira considera, na oligofrenia, três graus de deficiência mental global, e insuficiências mentais parciais.

Na oligofrenia com deficiência há um grau mais profundo, bastante acentuado, a *idiotia*, em que a sociabilidade e a inteligência têm desenvolvimentos muito precários; o idiota tem como característica fundamental a incapacidade total de

prover as próprias necessidades. A vida de relação quase que não existe, o indivíduo é incompatível com as exigências sociais de autonomia e independência. A relação com os demais é de dependência total e permanente.

Num grau mais superficial há deficiência mental menos acentuada, chamada de *imbecilidade*, em que uma sociabilidade básica se desenvolve, embora a relação com os outros seja de subordinação; o indivíduo é sociável, mas sugestionável. As limitações intelectuais atingem as capacidades de abstração e dedução. O indivíduo estabelece satisfatório contato intelectual com o ambiente, mas em nível concreto, podendo lidar com os aspectos mais práticos da vida, e realizar tarefas mais objetivas, aprender um ofício. Embora limitada, tem capacidade de raciocínio.

Num grau mais superficial ainda há uma deficiência mental global, que abrange todas as funções intelectuais, como nas anteriores, mas em nível muito discreto, uma *debilidade mental*. O indivíduo manifesta dificuldade de aprendizado, um aprendizado mais demorado, insuficiente, e não consegue atingir juízos mais abstratos. É apto, porém, para uma vida normal corriqueira.

Na oligofrenia sem deficiência mental, a insuficiência é parcial. Aqui também há uma debilidade mental, que atinge aspectos parciais do desenvolvimento mental, e pode cursar com nível intelectual normal. É compatível com uma educação superior e com satisfatórias relações com o ambiente. O que a caracteriza é a deficiência específica do senso crítico, a *deficiência de crítica*. Outra forma de oligofrenia sem deficiência mental é o *puerilismo*, caracterizado pelo amadurecimento afetivo insuficiente. O comportamento é infantil, sugestionável, muito influenciado pelo ambiente imediato. A relação afetiva é fácil e intensa, de subordinação aos demais, com pouco controle de si próprio. Como na debilidade, aqui também há falta de crítica.

Psicoses diatéticas

Silveira considera como psicoses diatéticas “condições também genéticas, muito mais frequentes (que a esquizofrenia), aparecem em surtos que regridem totalmente, sem deixar resíduo algum, embora se repitam” (Silveira, 1970).

Distingue 16 formas, aplicando o critério patogênico (quadro 1):

Psicoses ciclóides: 6 formas; a patogênese de todos os quadros clínicos é da esfera afetiva. A patogênese dos sintomas fundamentais varia segundo as formas:

psicoses da individualidade: agitação e depressão hipocôndriaca: sistema afetivo,

psicoses da motilidade: hipercinética e acinética: sistema conativo,

psicoses confusionais: agitada e estuporosa: sistema intelectual.

Psicoses epileptóides: 3 formas; a patogênese de todos os quadros clínicos é da esfera conativa. A patogênese dos sintomas fundamentais varia segundo as formas:

estado hípnico episódico: sistema afetivo,

impulso mórbido periódico (deambulatório e dipsomaníaco): sistema conativo,

estado crepuscular episódico: sistema intelectual.

Psicoses paranoides: 7 formas; a patogênese de todos os quadros clínicos é da esfera intelectual. A patogênese dos sintomas fundamentais varia segundo as formas:

psicose aguda de inspiração (extática), *psicose aguda de referência* (ansiosa), *psicose aguda de estranheza* (perplexa): sistema afetivo,

alucinação aguda (ansiosa), *confabulação aguda* (expansiva): sistema conativo,

psicose aguda de interpretação (perplexa), *psicose aguda delirante* (ansioso-extática): sistema intelectual.

Sobre o confronto patogênico das várias formas psicóticas escreveu Silveira, (1959b):

...“nas psicoses degenerativas marcadas pelo comprometimento da esfera afetiva as inter-relações são mais complexas. Comparáveis à hebefrenia pueril e depressiva ocorrem a agitação e a depressão hipochondríacas. Os sintomas de expansão e depressão, bem como o predomínio de sensações corporais em ambas os tipos de psicose, induzem muita vez ao erro diagnóstico, quase sempre no sentido de considerar esquizofrênico ao paciente de psicose diatética. Psicopatologicamente, porém, não é difícil a distinção, de vez que na hebefrenia as queixas somáticas se revestem de cunho de irrealidade e na euforia ou na depressão transparece o fenômeno da desagregação. Mais comum, pelo tema prevalente de distúrbios somáticos, é a confusão da hipocondria com a somatopsicose e a autopsicose, progressivas, formas que se alinham entre as paranoides delirantes (...) mas cujo fundo afetivo é evidenciado pela situação (...) entre os distúrbios do sistema da afetividade (...) Com as modalidades apática e autista da hebefrenia são comparáveis – fenomenologicamente mas não à luz da patogênese – as psicoses da motilidade em fase acinética e a confusão mental estuporosa. Em ambos estes tipos mórbidos a participação da iniciativa, para agir e para falar, representa o traço patogênico comum. Entretanto o conteúdo psicopatológico – reconhecível quando o estímulo do examinador vence a sideração dos dinamismos conativos – exprime concordância com o estado de humor e não a falência do interesse afetivo como é este o caso na hebefrenia. Traduzem dinamismo primariamente ligado à esfera da conação as formas diatéticas epileptóides e as catatônicas. No primeiro grupo, os impulsos mórbidos periódicos representam o quadro mais característico da falência das forças conativas de contenção ou de inibição. Mesmo aqui, os dois tipos mórbidos que

foram descritos divergem quanto ao dinamismo afetivo que ocasiona o transtorno da ação explícita.: nos impulsos mórbidos da dipsomania são os estímulos vegetativos profundos e hierarquicamente inferiores, que se acham em causa; nos da deambulação, ou poriomania, prevalece a liberação da vida de relação sob a forma de hiperatividade desordenada particularmente de locomoção. Na primeira eventualidade há maior analogia com a hipocondria, principalmente pelo alcance disfórico e pela autodepreciação que se exprimem bem pela 'verstimmung' da psicopatologia alemã; na segunda os transtornos são mais próximos do estado crepuscular e da confusão agitada, com os quais se confundem no consenso do psiquiatra menos avisado. Vemos assim que mesmo na faixa mais expressiva das alterações conativas de tipo diatético intervêm acentuadamente os dinamismos afetivos e intelectuais. Estes últimos predominam mais nitidamente no estado crepuscular episódico, no qual, entretanto, a esfera conativa assume o papel fundamental: do mesmo passo que há queda de consciência, pela absorção extrema do dinamismo conativo, surge a agitação como fenômeno de libertação e em geral os efeitos agressivos no acesso crepuscular denunciam a predominância dos impulsos destrutivos. Já no estado hípnic os distúrbios afetivos, também em nível instintivo, acarretam quebra violenta da vigília com retração completa para com os estímulos ambientes: interiorização intelectual rápida, sopor e sono paroxístico...

A participação predominante da esfera intelectual se reflete nas formas diatéticas paranoides e nas esquizofrenias de tipos paranoide e confusional (...) Para cada forma esquizofrênica paranoide existe uma forma diatética correspondente. A diferença fundamental, pelo aspecto patogênico, é que nas formas progressivas o sistema em causa é atingido por deficiência biológica originária, irreparável, embora a decadência resultante possa ocorrer de modo extre-

mamente lento. Em ambos os grupos, a alucinação se caracteriza pelo falseamento das imagens sensoriais no território de todos os sistemas exteroceptivos. Já na somatopsicose e na autopsicose são os sistemas sensoriais proprioceptivo e interoceptivo, respectivamente, a fonte dos distúrbios básicos. A seu turno essas alterações sistemáticas pressupõem desvios afetivos, respectivamente, em nível mais profundo – instintivo – e relativamente superficial, para o contato com o meio ambiente. O resultado psicopatológico, em qualquer dos dois grandes grupos clínicos, é a desordem da noção de si próprio, personalidade somática, ou da noção subjetiva de identidade. A psicose de inspiração e a de influência – também em qualquer dos grupos – decorrem da contribuição afetiva e dos estímulos conativos, nessa ordem. Embora ambos os quadros sejam ligados à interpretação – portanto intelectuais quanto ao conteúdo psicológico – na primeira eventualidade é o dinamismo instintivo, de base sobretudo afetiva e impregnada de carga emocional, o que está em causa; na outra eventualidade é o dinamismo conativo, geralmente sob a forma de automatismo mental, que se trata. Por sua vez a confabulose tem como traço dominante o aspecto intelectual da construtividade, que depende, no plano lógico normal, do estímulo afetivo mais diferenciado. Na confabulose – também nas duas modalidades clínicas – se exteriorizam a euforia, repassada de êxtase ou de ansiedade ou ainda a perda de noção do real, com falseamento da própria identidade. Finalmente no domínio da expressão dos conteúdos psicológicos encontramos alterações comparáveis nos estados crepusculares – entre as formas diatéticas – e esquizofrênicos. Na esquizofrenia confusional, como alteração intrínseca dos sistemas correspondentes, os distúrbios são mais marcantes e melhor caracterizados: às formas paralógica e incoerente correspondem transtornos na atividade mental de elaboração, extrínseca naquele caso, intrínseca neste; na

fantasiofrenia é a produtividade exagerada, sem a devida retificação das concepções em face da realidade exterior, o que está em jogo; e, finalmente, na esquizofasia é a atividade discursiva, de comunicação, que revela a alteração fundamental. Existe analogia acentuada para com as formas diatéticas de predomínio intelectual – principalmente a de inspiração, a confusional e os estados crepusculares – embora estas se filiem, no plano clínico, aos grupos paranoide, cicloide e epileptoide, respectivamente”.

O quadro 1 a seguir, extraído de *Esquizofrenia e psicoses degenerativas de Kleist*, de Anibal Silveira (1959), revisto em 1974 pelo autor, mostra todas as formas esquizofrênicas e diatéticas, as patogêneses dos respectivos quadros clínicos e os sistemas envolvidos em cada uma delas.

Psicoses Diatéticas de Kleist (Evolução por fases ou por surtos)		Esquizofrenia segundo Kleist (Evolução principalmente progressiva)			
Sistemas cerebrais cuja alteração ocasiona os sintomas fundamentais		Esfera da personalidade			
Afetivo	Ativo (Conativo)	Intelectual	Afetivo	Ativo	Intelectual
Ciclóide	Psicoses da individualidade: Depressão hipocondríaca Agitação hipocondríaca	Confusão; Estuporosa Agitada	<i>Afetividade</i>	Depressiva Pueril	Autista Apática
Epileptóide	Estados hipnicos episódicos	Estados crepusculares episódicos	<i>Atividade (Conação)</i>	Negativista Procinética	Mutista Proláica
Paranóide	Psicose aguda de estranheza (perplexa) Psicose aguda de referência (ansiosa) Psicose aguda de inspiração (estática)	Psicose aguda de interpretação (p epílexa) Alucinação aguda (ansiosa) Confabulose aguda (expansiva)	<i>Inteligência</i>	Somatopsicose progressiva Autopsicose progressiva Psicose progressiva de inspiração Psicose progressiva de referência	Fantasiófrenia (Psicose progressiva de interpretação) (Delírio circunscrito) Esquizofrenia incoerente Esquizofrenia paralogica Esquizofrenia confusional (por surtos)

QUADRO 1. FORMAS PSICÓTICAS ESQUIZOFRÊNICAS E DIATÉTICAS, POR ANIBAL SILVEIRA (1959).

ÚLTIMA REVISÃO EM 1974.

Personalidades psicopáticas

Silveira considera as personalidades psicopáticas como condições endógenas colaterais, por predisposição genética latente, caracterizadas pelo desvio conjunto da esfera afetiva e conativa, e pela falta de subordinação da individualidade à sociabilidade. Enquanto nas neuroses há desarmonia entre um setor e outro, aqui há insubordinação. Os impulsos egoísticos preponderam sobre os sentimentos sociais.

Assim a “inferioridade psicopática, como a entendemos, significa um desvio geral situado na esfera afetiva ou conativa da personalidade. Desse modo, nesta base patogênica, restringimos as personalidades psicopáticas a somente cinco grupos, todos eles pertencentes a classificações geralmente aceitas” (Silveira, 1962).

Silveira distingue 5 formas; em duas formas clínicas a patogênese do quadro é afetiva, nas outras três é conativa. Não há psicopatia de patogênese intelectual.

Nos casos de patogênese afetiva, o autor distingue o tipo *perverso*, onde há transtorno da individualidade, em nível profundo, instintivo; e o tipo *hiperemotivo*, onde o transtorno é da sociabilidade. Ambos os tipos comportam variedade mitômana.

Na patogênese conativa, quando as funções de desencaqueamento e de controle da ação estão comprometidas, temos, respectivamente, as formas *explosiva* e *astênica*. Quando a função de manutenção da ação está alterada, ocorre o tipo *instável*.

Neuroses

Silveira distingue 9 formas pela patogênese. Conceitua neuroses como “desordens psíquicas caracterizadas pela regressão das reações afetivo-emocionais a níveis imaturos, peculiares à fase infantil, por deficiente integração entre móveis da individualidade e da sociabilidade” (Silveira, 1954).

São desordens de natureza emocional decorrentes da falta de integração, de desarmonia entre os estímulos da individualidade e os sentimentos sociais. A harmonia psíquica depende da subordinação da individualidade à sociabilidade. Instintos, tendências e necessidades podem não se integrar adequadamente, e entrar em contraposição com os sentimentos, aos quais se subordinam: estímulos de natureza sexual ou destrutiva (agressiva) principalmente. O que estabelece a hierarquia entre os móveis afetivos é a época em que amadurecem, e entram em ação as estruturas correspondentes. No processo de amadurecimento as fases se sucedem de modo harmônico. As perturbações desse processo evolutivo é que acarretam os diferentes quadros neuróticos. Um exemplo é dado por Silveira (1954): a expressão do instinto nutritivo do bebê leva à alimentação. Já esse instinto associado ao de posse, na criança maior, gera ciúme. Os dois instintos em ligação com a tendência destrutiva provocam hostilidade ou agressividade. Sua ligação com a necessidade de domínio redundando na onipotência infantil, enquanto que a expressão da necessidade de aprovação termina em narcisismo. Como o desenvolvimento da personalidade é direcional, das funções mais básicas às mais diferenciadas, a época em que fatores patogênicos incidem define a patogênese dos diferentes quadros neuróticos (critério cronológico). Silveira (1954), afirma: “O motivo fundamental que determina a desintegração afetivo-emocional de tipo neurótico é a predisposição hereditária, já frisada por Freud em 1913. É ainda o fator hereditário o que determina, em essência, a escolha do tipo neurótico revelado clinicamente”. Desse modo, na histeria a incidência é profunda, antes dos 6 anos de idade, na época pré-simbólica. Na neurose é superficial, depois dos 6 anos de idade, época em que já há simbolização, e na reação neurótica a incidência é atual, com a personalidade mais amadurecida. Estendendo o entendimento patogênico das psicoses esquizofrênicas e diatéticas para outras entidades clínicas Silveira (1962), escreveu:

“Cremos que esta maneira de pensar pode se aplicar a outras condições anormais, mais remotamente relacionadas ao grupo principal de condições endógenas: temos em mente as neuroses e as personalidades psicopáticas. No primeiro grupo cremos que os processos que desorganizam a personalidade dão origem a quadros diferentes conforme se situem primitivamente na esfera afetiva, conativa ou intelectual. Aqui também deve ser considerado, para a mesma esfera, o período de desenvolvimento da personalidade em que as forças perturbadoras entraram em ação: assim a diferença de nível organizacional explicaria o aparecimento da histeria de ansiedade ou da neurose de ansiedade – na esfera afetiva – ou, ainda, o desenvolvimento do caráter histérico ou de uma neurose obsessiva, dentro da esfera intelectual”.

O principal sintoma das neuroses é a ansiedade. Ansiedade é o medo interiorizado, sem objeto (Alexander, 1976). Segundo a concepção dinâmica de Silveira ansiedade é uma emoção, pois que reação afetiva a uma situação de ameaça interna ou externa. É resultado do impacto afetivo que a noção de ameaça provoca. A ameaça, real ou imaginária, gera insegurança ou insatisfação conforme o setor afetivo envolvido, estabelecendo nexos afetivos e intelectuais, isto é, concepções. A ameaça é percebida como dirigida à identidade subjetiva do indivíduo. A perspectiva de dano à identidade subjetiva produz desconforto, mal estar. Quando a reação afetiva ocorre no plano da sociabilidade falamos em ansiedade, quando sobre a individualidade falamos em angústia. Esta, portanto, mais diretamente ligada a fenômenos somáticos. Assim, a ameaça de perda de amor gera ansiedade, enquanto que a ameaça à sexualidade gera angústia.

As formas de neurose pela patogênese em função do nível de profundidade, isto é, da época (fase de desenvolvimento) em que o conflito emocional teve início, são:

Reação neurótica: nível patogênico atual. A patogênese dos quadros, segundo as várias formas clínicas, é:
reação neurótica depressiva: esfera afetiva,
reação neurótica compulsiva: esfera conativa,
tendência obsessiva: esfera intelectual.

Neurose: nível patogênico superficial. A patogênese dos quadros, segundo as várias formas clínicas, é:

neurose ansiosa: esfera afetiva,
neurose compulsiva: esfera conativa,
neurose obsessiva: esfera intelectual.

Histeria: nível patogênico profundo. A patogênese dos quadros, segundo as várias formas clínicas, é:

histeria ansiosa: esfera afetiva,
histeria conversiva: esfera conativa,
caráter histérico: esfera intelectual.

Foram apresentadas neste capítulo, resumidamente, as concepções silveirianas da psicopatologia segundo o critério patogenético, desde a psicopatologia geral dos sintomas e quadros clínicos, até a psicopatologia especial das várias entidades clínicas, enfocando as formas esquizofrênicas, o grupo maníaco-depressivo, a epilepsia, a oligofrenia, as psicoses diatéticas, as personalidades psicopáticas e as neuroses.

Referências bibliográficas

- ALEXANDER F., *Fundamentos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.
- BARROS J. S., *Automatismo mental de Clérambault*. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina de Jundiáí, 1976.
- JASPERS K., *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro: Liv. Atheneu, 1973.
- SILVEIRA A, SILVA C, ROBORTELLA M., *Contribuição para a semiologia psiquiátrica: a pneumoencefalografia*. Prêmio Austregésilo de Neuro-psiquiatria. Rio de Janeiro, Academia Nacional de Medicina, 1945.
- _____. *Human genetics as an approach to the classification of mental diseases*. Congrès International de Psychiatrie. Arq. Neurol. Psychiat., 10: 41-46, 1952.
- SILVEIRA A., *Neuroses em geral*. Notas de aula. Curso de psiquiatria. Franco da Rocha, 1954.
- _____. *Caracterização da patologia cerebral, da psicopatologia e da heredologia psiquiátrica na doutrina de Kleist*. Arq. Neuro-psiquiatria, 17(2): 102-142, 1959a.
- _____. *Esquizofrenia e psicoses degenerativas de Kleist*. Arq. Neuro-psiquiatria, 17: 143-162, 1959b.
- _____. *Cerebral systems in the pathogenesis of endogenous psychoses*. III World Congress of Psychiatry. Montreal, 1961.
- _____. *Sistemas cerebrais na patogênese das psicoses endógenas*. Arq. Neuro-Psiquiatria, 20(4): 143-278, 1962.
- _____. *Conceituação de esquizofrenia*. Psiquiatria atual, setembro, 1970.
- _____. *Oligofrenia*. Notas de aula. Campinas, 1971a.
- _____. *Convulsões sintomáticas e quadros não convulsivos*. Notas de aulas. Campinas, 1971b.

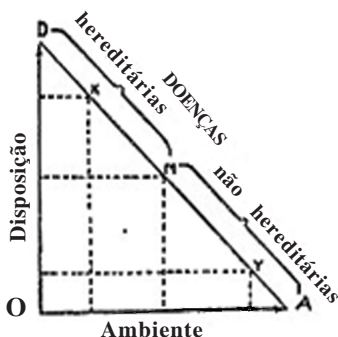
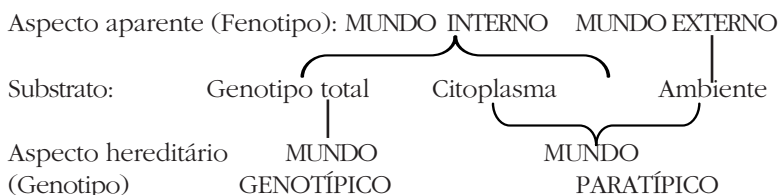
Semiologia psiquiátrica

- Conceito.
- Anamnese objetiva e subjetiva.
- Dados hereditários.
- Exame psíquico.
- Semiologia do caráter.

A semiologia é “o estudo sistemático de sinais que conduzem ao diagnóstico”. Assim a definiu Silveira (1950) na preleção introdutória ao Curso de Semiologia Psiquiátrica, realizado por ele no Hospital de Juqueri; 4 de março de 1950. Naquela ocasião, destacou a complexidade das funções psíquicas e sua dependência dos demais níveis de integração do organismo humano:

“A estrutura humana é de tal ordem que as manifestações psíquicas dependem não somente das correlações das funções cerebrais entre si como também do substrato anatômico encefálico – do cérebro particularmente. Por sua vez, estas disposições anatômicas decorrem, indiretamente, das condições gerais do organismo e de maneira direta do nível de desenvolvimento do aparelho encefálico. Além disso cumpre levar em conta as influências oriundas do meio social”...

Nesse curso Silveira utilizou um esquema proposto por Luxenburger para mostrar as complexas inter-relações entre disposição e ambiente na psicopatologia (Esquema 1).



D = Pólo “disposição”
 A = Pólo “ambiente”
 M = Ponto cujas coordenadas
disposição e ambiente se equivalem

ESQUEMA 1. INTERDEPENDÊNCIA ENTRE FATORES AMBIENTAIS E GENOTÍPICOS DA PERSONALIDADE SEGUNDO LUXENBURGER. APRESENTADO POR ANIBAL SILVEIRA (1950).

O esquema de Luxenburger sobre a interdependência entre os fatores ambientais e genotípicos da personalidade explica que o fenótipo é dado pelos mundos interno e externo. O substrato do mundo interno compreende o genótipo total e o citoplasma celular; o substrato do mundo externo compreende o ambiente (físico e social). Sob o aspecto hereditário temos os mundos genotípico e paratípico. O genotípico corresponde ao genótipo total; do mundo paratípico participam o citoplasma celular e o ambiente. No gráfico podemos observar as vertentes disposição (abscissa) e ambiente (coordenada). As doenças hereditárias pendem para o pólo disposição, as não hereditárias pendem para o pólo ambiente. As várias desordens psicopatológicas combinam em diferentes graus as participações genética e ambiental. Nenhuma doença é exclusivamente endógena ou exógena; quando endógena, uma pequena ação do ambiente é suficiente para desencadear uma psicose, por exemplo. No

curso de pós graduação em psiquiatria, que proferiu em Campinas no ano de 1970, Silveira (1970) discorreu sobre o conceito de mundo paratípico, o qual inclui o citoplasma celular e o ambiente (mundo externo). É através do citoplasma, como ambiente celular, que os traços genéticos se manifestam. Silveira não considera o gene uma entidade ou substância, mas uma função. Tal função só pode exercer sua ação no meio citoplasmático, sintetizando proteínas e outras substâncias. Esse citoplasma, que juntamente com a genótipo total forma o mundo interno, interage com o mundo externo, isto é, com ambiente físico e social. Não há, pois, antagonismo entre mundos interno e externo, mas sim diversidade de participação dos fatores genéticos e ambientais. O citoplasma, então, corresponde ao substrato que liga os dois ambientes: interno e externo.

Os sinais em psiquiatria envolvem, portanto, questões complexas que abrangem *herança biológica e fenômenos sociogênicos*. Para Silveira o psiquiatra deve atender “com o mesmo cuidado” tanto aos fenômenos de natureza sociológica como hereditária porque o nível subjetivo da personalidade os pressupõem. Destaca também que o diagnóstico não constitui a finalidade principal do exame:

“Convém não esquecer que as modalidades clínicas a que chegamos como conclusão desse estudo semiológico, isto é, as doenças mentais, representam entidades abstratas por excelência. Certamente, existe um conjunto de dados que rotulamos, por exemplo, como esquizofrenia ou como psicose maníaco-depressiva. Mas isto constitui simples criação do espírito humano, artifício lógico para metodizar o trabalho: nosso dever é considerar objetivamente em que condições somáticas e psíquicas se encontra o indivíduo cujas manifestações psicóticas descrevemos com o diagnóstico psiquiátrico, no caso a esquizofrenia ou a psicose maníaco-depressiva. São aquelas condições específicas, não esta entidade genérica, o que há de orientar o psiquiatra para o trabalho corretivo”.

Tal trabalho corretivo concentra-se na readaptação social do paciente entendida como a principal função do psiquiatra. Se as alterações presentes é que levaram ao desajustamento do indivíduo face a uma dinâmica social à qual estava integrado, a tarefa terapêutica básica é a readaptação. A outra finalidade, em visão de longo prazo, é a prevenção. Assim, a semiótica psiquiátrica deve sistematizar todos os elementos clínicos para o estabelecimento de diagnósticos diferenciais e orientações terapêuticas, tendo em vista “a reintegração funcional do indivíduo no ambiente objetivo e a atuação dele através das correntes genéticas”.

O campo da semiologia psiquiátrica envolve vários procedimentos investigativos: anamnese, exame das condições somáticas, neurológicas e psíquicas, o exame psicológico. A *anamnese* permite levantar os dados hereditários e a história pessoal. Através do exame somático são avaliadas as condições estruturais, funcionais e biotipológicas, as condições vegetativas gerais (estado de nutrição) e específicas (metabólicas, bioquímicas, hematológicas, citológicas). O exame neurológico permite avaliar o sistema nervoso periférico e o central; o primeiro através da sensibilidade, motilidade e inervação visceral. O segundo através do exame das funções de ligação do encéfalo; diretamente: atividade reflexa, funções sensoriais, equilíbrio, preensão, locomoção; e indiretamente: exame neuro-oftalmológico, líquido cefalorraquidiano, EEG, neuro-imagem. Já o exame psíquico possibilita verificar as funções subjetivas: reações afetivas, disposições conativas e condições intelectuais. O exame psicológico é o estudo da personalidade. Pode ser direto: por meio de apreciação do desenvolvimento e das relações interpessoais, e mediato por meio de provas psicológicas como a de Rorschach. Além disso o ajustamento e a integração na comunidade também devem ser avaliados. O campo da semiologia psiquiátrica é amplo; contudo os procedimentos principais consistem na anamnese e no exame psíquico.

A *anamnese* é fundamental para o diagnóstico e o consequente prognóstico psiquiátrico. É a memória pessoal e familiar do indivíduo. Como vimos, o principal é o exame das condições somáticas e psíquicas, e vários pontos devem ser considerados para a realização da anamnese. Em primeiro lugar, defende Silveira a elaboração de um roteiro, que abranja todas as condições em que se encontra o paciente. Presta-se a orientar e sistematizar a colheita de dados para o correto entendimento do quadro clínico. O roteiro, no entanto, deve permitir flexibilidade. “O contato com o paciente deve ser natural e os informes deverão ser colhidos segundo a ordem de importância e de interesse atribuída pelo paciente... a preocupação central do entrevistado é que deverá nortear a sequência da entrevista. Embora baseados num roteiro as questões deverão ser levantadas de acordo com a sucessão espontânea dos comentários que surgem durante o processo de interação do médico com o examinando”, ensinou (Silveira, 1950). Ele recomenda que os informes sejam registrados com precisão: tempo e lugar, duração, frequência, modo de ocorrência, circunstâncias de aparecimento e desaparecimento, fatores precipitantes ou desencadeantes, início súbito ou insidioso, resolução espontânea ou provocada, permanência ou modificações ao longo do tempo. Ele orienta fazer transcrições literais dos relatos, e só posteriormente sistematizar os dados e interpretar. Deve-se pesquisar sistematicamente os interesses (capacidade mental), o modo de execução dos atos (capacidade de ação), modo como estabelece as relações interpessoais (caráter), reações individuais e comportamento familiar e social. Silveira constatou em 1962, que as condições ligadas ao ciclo hereditário da epilepsia predominam na população em geral.

Por isso, entre os *dados hereditários*, deve-se pesquisar principalmente os vários aspectos ligados ao ciclo, além de outros suplementares:

1. Condições de nascimento: abortos, partos prematuros, natimortos, gêmeos.

2. Condições de sono: sonambulismo, enurese noturna, terror noturno, sonilóquios, sono agitado.
3. Traços de personalidade: submissão e agressividade, ligados à afetividade; hiperatividade, viscosidade e instabilidade, ligados à conação, e minuciosidade, prolixidade e tendência à fabulação como intelectuais. Ainda dentre os traços pesquisar indícios de depressão, ansiedade, fobias, imaturidade, hiperemotividade, perversidade, cólera e pânico, todos afetivos; explosividade, astenia, compulsões, conversões, traços conativos; e, finalmente, idéias obsessivas.
4. Do ciclo heredológico lembrar a presença de psicoses (progressivas, reversíveis, crônicas, diatéticas ou ocasionais), de epilepsia (ausências e convulsões), oligofrenia, personalidades psicopáticas e traços anormais de caráter, neuroses, impulsos mórbidos.
5. Equivalentes comiciais: estado crepuscular, estado segundo, confusional, *deja vú*, *jamaís vú*, enxaqueca, catalepsia, cataplexia.
6. Condições clínicas conexas: disgenesias, asma, alcoolismo, longevidade.

Observar a presença, em crianças, de terror noturno, sono agitado, enurese noturna, hiperatividade, crises de birra e perda de fôlego, retardo escolar, rebeldia e agressividade.

Ao pesquisar os traços de personalidade tentar, sempre, responder às indagações:

Para os traços ligados à capacidade mental (inteligência): quais são os interesses principais, são mais concretos ou abstratos?

Para a capacidade de ação (conação): como executa as coisas, predomina a iniciativa, a firmeza ou a prudência nos atos?

Para os traços de caráter (sociabilidade): como estabelece as relações interpessoais, predominam apego e empatia, subordinação e veneração ou respeito e aceitação?

Para a individualidade: como reage aos estímulos internos e externos, revela aspectos destrutivos ou construtivos, necessidade de domínio ou aprovação?

Como é o comportamento geral, familiar e social?

Há duas modalidades de anamnese: objetiva e subjetiva.

A *anamnese objetiva* corresponde ao levantamento de dados sobre o paciente obtidos de modo direto – através das informações e observações fornecidas por seus familiares e amigos – ou indireto – através de referências feitas pelo próprio paciente sobre o que se passou com ele em diferentes épocas de sua vida. É importante conhecer o comportamento do paciente nas várias fases de desenvolvimento, alterações de humor, capacidade de trabalho, nível de escolaridade, enfermidades, comportamento habitual, dados retrospectivos de sua história clínica. É importante também descrever o ambiente psicológico em que se desenvolveu o paciente e o modo de início dos problemas. Da família são relevantes informações sobre sua organização e nível sócio-econômico, as relações interpessoais entre os vários membros, seus temperamentos, a ocorrência de doenças, e como encaram a desordem do paciente e os problemas dela decorrentes. Antecedentes mórbidos e traços de personalidade predominantes, individuais e familiares, completam o quadro. Ainda é preciso pesquisar as alterações observadas previamente no comportamento do paciente, e as que apresenta no momento do exame.

A *anamnese subjetiva* é realizada com o próprio paciente, e procura apreciar o conteúdo de suas experiências e a maneira como ele as interpreta. É sempre elucidativo compará-la à anamnese subjetiva com a objetiva.

Tanto a modalidade objetiva como a subjetiva compreendem: antecedentes familiares (heredológicos), pessoais e história da moléstia atual. Silveira (1979) recomenda pesquisar

sistematicamente na história pessoal e nos demais membros da família:

a) Modo de reação ante acontecimentos desagradáveis: cólera, impulso para agredir, desabafo verbal, lamento, choro, arrependimento, remorso, culpa, desculpa, indiferença, ameaça de suicídio ou fuga, não pensa no fato.

b) Modo de executar as coisas: repetitivo sem reflexão ou entusiasmo, coagido pelas circunstâncias, moroso, faz várias coisas ao mesmo tempo, não termina o que começou, com afinco, faz uma coisa só, insatisfação, perfeição.

c) Interesses principais: coisas precisas ou vagas, fantasias, raridades, emoções fortes e dramáticas, variedades, movimento e esportes, trabalhos que exigem constância, esforço intelectual, método, leituras.

d) Comportamento em casa e na sociedade: acolhedor, ríspido, teimoso, sugestionável, susceptível, antagonista, imprevisível, impreciso.

e) Afetividade: afetuoso, frio, inconstante, colérico, tolerante, dócil, vaidoso, egoísta, ciumento, hipócrita, bajulador, mentiroso.

O *exame psíquico* compreende os dados subjetivos que compõem a observação direta. Deve abranger as três esferas da personalidade; na afetiva os setores da individualidade e da sociabilidade. Reações individuais aos estímulos, excitação ou inibição e manifestações instintivas (sexualidade e possessividade, tendência a destruir ou construir, necessidade de domínio ou aprovação) integram o primeiro. A sociabilidade é apreciada na relação inter-pessoal através da ligação afetiva básica de apego, da subordinação espontânea e da capacidade de aceitação. Interesse, motivação e reação afetiva (emocional) são aspectos dinâmicos. A esfera afetiva ainda deve ser avaliada quanto ao comprometimento ou rebaixamento afetivo: declínio,

embotamento ou devastação; e modo de participação afetiva no quadro clínico: afetividade concordante ou discordante. A esfera conativa é avaliada pelo comportamento explícito, onde predominam a iniciativa, a inibição ou a instabilidade das ações. No plano intelectual outros aspectos dinâmicos, da atenção, memória e orientação são importantes. Orientação é autopsíquica e alopsíquica; a orientação autopsíquica refere-se ao próprio indivíduo, a alopsíquica refere-se a tempo, espaço, lugar e ambiente. Averigua-se também a noção que o indivíduo tem de sua condição. Em seguida as funções de observação, a percepção e todas as suas perturbações. Depois a elaboração psíquica, se os pensamentos obedecem à lógica racional ou afetiva, a maneira como são constituídas as idéias, seu fluxo, os desvios, as interrupções. Dirige-se por juízos de valor ou juízos de realidade? Finalmente, a expressão nas diversas formas: mímica gestual e fisionômica, expressão verbal e gráfica.

Semiologia do caráter. Um exemplo de investigação semiológica a partir do critério patogenético é dado por Silveira no caso do caráter, em condições normais. Apresentou-o no Curso de Semiologia Psiquiátrica ministrado a médicos do Hospital de Juqueri (Silveira, 1960). Conforme descrito no capítulo sobre a teoria da personalidade o caráter traduz, no comportamento interpessoal, as reações afetivas. Traduz o estímulo afetivo da sociabilidade sobre as disposições conativas. No estudo semiológico do caráter o autor propõe observar primeiro o grau de firmeza, isto é, se o indivíduo mantém as atitudes ou apresenta instabilidade. Depois verifica a combinação da firmeza com as demais funções conativas: firmeza adequada com predomínio de coragem ou de prudência; firmeza insuficiente combinada com coragem ou prudência. Assim a dependência é resultado de firmeza adequada combinada com prudência. Firmeza com coragem pode levar a atitude competitiva ou ações agressivas. Já a insuficiência de firmeza combinada com prudência pode resultar em astenia, com coragem dá em insegurança. O esquema abaixo, elaborado por

Silveira em 1960, e revisado em 1970, resume todas as variantes patogênicas:

1. Firmeza em nível adequado: manutenção de atitude.

a) Predomínio de prudência:

dependênciaauto-omissão.
timidezreação de fuga.
cautelaatitude reservada.

b) Predomínio de coragem:

agressividade.....ação agressiva.
competição.....disposição hostil.
auto-afirmação.....empreendimento.

2. Insuficiência de firmeza: instabilidade de ação.

a) Mais prudência:

inibição, bloqueio.
passividade, inação.....atitude contemplativa
astenia, abulia.

b) Mais coragem:

insegurança, hesitação.....desdém.
inconstância.....racionalização.
impulsividade.....atitude sarcástica,
disposição crítica

A semiologia psiquiátrica ensinada por Anibal Silveira abarca tanto a herança biológica como os fenômenos sociogênicos. Inclui anamnese minuciosa (objetiva e subjetiva), dados hereditários, exame das condições somáticas, exame psíquico completo, provas psicológicas. Para ele o diagnóstico define o prognóstico.

Referências bibliográficas

- SILVEIRA A., *Acepção de semiologia no domínio das doenças mentais*. Arq Assist Psicopatas, São Paulo, 15: 5-21, 1950.
- _____. *Elementos de anamnese*. Notas de aulas. Hospital de Juqueri, Franco da Rocha, 1950.
- _____. *Semiologia do caráter*. Notas de aulas, Hospital de Juqueri, Franco da Rocha, 1960.
- _____. *Acepção de ambiente, genética e aprendizado. Comportamento subjetivo e comportamento explícito*. Notas. Curso de pós graduação em Psiquiatria, Campinas, 1970.
- _____. *Notas de aulas*. Franco da Rocha, Hospital de Juqueri, Pavilhão Escola, 1979.

Terapia

Introdução.

Terapias bio-psicológicas e socio-psicológicas.
Terapias bio-psicológicas e socio-psicológicas.

O indivíduo humano só pode ser definido em relação ao ambiente físico e social em que vive. O ambiente físico está mais diretamente implicado na constituição biológica e o ambiente social na constituição psicológica, isto é, na constituição da personalidade como conjunto de funções psíquicas. O homem modifica o ambiente enquanto é por ele modificado. Segundo o aforisma comtiano o homem age por afeição e pensa para agir. A integração da individualidade e da sociabilidade no interior da esfera afetiva é estímulo e regulação para a ação orientada pela inteligência. O resultado do processo é tanto a relação interpessoal modulada pela reação individual aos estímulos como a adaptação à realidade.

É a predominância dos sentimentos sociais sobre instintos, tendências e necessidades a responsável pela harmonia psíquica e pelo comportamento socializado. Tal predominância, porém, só é eficaz devido ao apoio do meio externo; os sentimentos sozinhos não possuem energia suficiente para controlar os instintos. Porquanto, é a sociabilidade que promove o desenvolvimento e a modificação do indivíduo. A afetividade, como vimos, esfera básica da personalidade, estimula continuamente as esferas conativa e intelectual. O processo é direcional, implicando em evolução e progresso.

Terapias bio-psicológicas e socio-psicológicas

A terapia, no âmbito da teoria silveiriana, consiste no estabelecimento de condições facilitadoras à restauração da harmonia subjetiva e da adaptação social. Os meios podem ser biológicos, psicológicos e sociais. Os biológicos objetivam melhorar a dinâmica psíquica interferindo nos sistemas encefálicos especialmente por meio de recursos físicos e químicos. Os meios sociais através de intervenções diretas no ambiente social, procedimentos conhecidos em conjunto por socioterapia, que incluem várias modalidades integradas entre si. Os meios psicológicos consistem no uso de recursos presentes na personalidade do terapeuta, para induzir mudanças no paciente através de sua própria experiência e seus sistemas psíquicos; é a psicoterapia. Como a psicoterapia sempre implica na presença de um outro, o terapeuta ou um grupo, na verdade é um modo socio-psicológico. Corresponde à aplicação terapêutica das relações interpessoais. A psicoterapia é uma forma especial de relação interpessoal, onde o terapeuta se faz presente como pessoa com sua história, percepção, atitudes e técnicas. O ponto de partida da psicoterapia é o universo de experiências do paciente, isto é, as imagens primárias carregadas de nexos intelectuais e afetivos, noções, juízos de valor. O que importa aqui é o significado pessoal de cada experiência do sujeito, como as experiências foram fixadas na memória, como são evocadas, percebidas, representadas na consciência. Lembremos que a percepção é um processo de representação das experiências (imagens primárias) na consciência. Como as imagens primárias são as que possuem o nexo afetivo, são elas que traduzem mais diretamente os conteúdos instintivos, tendências e necessidades da individualidade, bem como os sentimentos sociais. Uma terapia, nesse contexto, é reparadora, pois procura restaurar a harmonia psíquica.

Em *Contribuição para a semiologia psiquiátrica: a pneumoencefalografia* Anibal Silveira (1945), em colaboração,

estudou os fenômenos de *alternância funcional*, em estado normal, e de *repercussão a distância* (*desordem de repercussão*) e *ação de suplência* (*suplência funcional*), nos casos de lesão cerebral. Observou que os dois hemisférios cerebrais possuem órgãos homólogos e que um hemisfério, em geral o esquerdo, é dominante. O funcionamento normal permite a alternância funcional entre órgãos homólogos dos dois hemisférios. No fenômeno de repercussão a distância a lesão de uma determinada área influi sobre outra, produzindo sintomas em regiões distantes. Isto se dá em consequência das interligações neuronais no interior do encéfalo. Graças à ação de suplência, quando ocorre dano estrutural ou dinâmico, órgãos correspondentes do hemisfério contra-lateral podem assumir as funções dos órgãos lesados. A ação de suplência também ocorre entre regiões de um mesmo hemisfério, quando órgãos mais complexos compensam o funcionamento deficitário de órgãos mais simples. Tais fenômenos são possíveis porque os dois hemisférios cerebrais possuem órgãos homólogos, e o encéfalo funciona de acordo com o princípio da *hierarquia funcional*. Existe *cooperação seletiva* e *regência funcional* entre as várias regiões. A cooperação permite que regiões encefálicas distintas trabalhem de modo coordenado para o desempenho de uma mesma função. Pela regência funcional as funções mais complexas coordenam a ação de funções mais simples. Todos esses fenômenos ocorrem no plano cerebral, e também no plano psíquico, quando sistemas tentam compensar uns aos outros, não de modo aleatório, em difusa plasticidade, mas de modo orientado, respeitando sempre a hierarquia funcional. Dada a complexidade dos fenômenos em causa, muitas vezes, tal processo espontâneo não é suficiente para restabelecer ou estabelecer a harmonia psíquica. É preciso ajuda. A terapia aqui considerada baseia-se nesses princípios, e por isso ela é reparadora. O terapeuta, no uso de suas próprias funções subjetivas e seus sistemas psíquicos, colabora para restaurar as disfunções na personalidade do paciente. Estabelece

alternância e suplência para as falhas no outro. Quando o paciente apreende o processo na relação com o terapeuta consegue restabelecer sua própria harmonia psíquica. A terapia é uma experiência emocional que repara disfunções compensando-as temporariamente pela personalidade do terapeuta. Enquanto se recupera o paciente tem à disposição a personalidade do terapeuta. Se lhe falta capacidade de aceitação lá está a capacidade de aceitação do terapeuta. Se lhe falta firmeza lá está a firmeza do terapeuta. Se dissocia os nexos intelectuais dos afetivos, se não integra individualidade e sociabilidade, se distorce ou nega experiências lá está o terapeuta disponível com sua personalidade reparadora. Se a harmonia psíquica decorre da supremacia das funções da sociabilidade, os sentimentos sociais de apego e amor do terapeuta estão sempre implicados na psicoterapia, independentemente das condições psíquicas do paciente. Pode ocorrer, contudo, que as alterações sejam de tal grau acentuadas que a capacidade de assimilação do paciente seja impossível e a reparação psíquica improvável. Em tais circunstâncias a ação de suplência deve compensar as disfunções por meio de recursos do ambiente físico e social, em caráter substitutivo. Assim, um paciente desorientado por lesão cerebral vai requerer um rearranjo ambiental compatível com sua capacidade diminuída até se recuperar. Se vai progressivamente perdendo a memória é preciso suprir as deficiências com recursos mnemônicos, simplificações de tarefas, supervisão nas atividades de risco, suprimentos substitutivos. Ambiente-terapia. Se o ambiente é tanto físico como social, a socio-terapia é derivada da ambientoterapia, e consiste no uso de recursos sociais bem como da inclinação natural do homem à sociabilidade, cooperação, solidariedade, interação e integração. Assim, se o paciente perde pessoas significativas ou grupos de referência como a família, pode reparar a falta num grupo de apoio ou de auto-ajuda ou ainda num grupo terapêutico. Pode fazê-lo também num centro de convivência, num clube

terapêutico ou oficina terapêutica. E também num centro de atenção psicossocial ou hospital-dia, numa pensão protegida, residência terapêutica ou lar abrigado. São muitas as possibilidades, as modalidades terapêuticas reparadoras. Todas essas formas terapêuticas podem combinar, em graus variados, uma abordagem explicativa com uma abordagem compreensiva. Pode ser patogenético e experiencial. No primeiro, mais reparação, no segundo, mais significação.

A terapia, num sentido amplo, pode ser tanto *bio-psicológica* como *socio-psicológica*. A primeira contribui para a rearmenização da personalidade a partir de intervenções físicas e químicas no organismo biológico, especialmente nos sistemas cerebrais. A outra lança mão da sociabilidade humana, em especial dos fenômenos interpessoais e grupais, para reorganizar a personalidade. Abordaremos a seguir duas formas de terapia socio-psicológica: a psicoterapia e a socio-terapia. Para Comte o homem não se desenvolve isoladamente, e sim coletivamente.

Psicoterapia

Psicoterapia é a abordagem terapêutica de problemas pessoais através de meios psíquicos no interior de uma relação interpessoal especial. Para o mestre Anibal Silveira (1975) é a *“atuação sistemática e metódica, de natureza exclusivamente psicológica, para remover dificuldades emocionais não necessariamente inconscientes”*.

É atuação no sentido de atividade, que o terapeuta exerce de modo sistemático, isto é, ordenado e progressivo. Em se tratando de psicoterapia os meios são sempre exclusivamente psicológicos, e seu objetivo é a remoção de dificuldades emocionais do paciente. O terapeuta estabelece um meio, e promove ou facilita a superação das dificuldades do paciente, que podem ou não ser conscientes.

O que caracteriza o homem é a personalidade peculiar, isto é, um conjunto de funções subjetivas distribuídas nas três esferas psíquicas – afetividade, conação e inteligência – que constituem um todo funcional harmônico. Como ensina Lúcia Coelho, (1980), a concepção de Silveira é dinâmica, isto é destaca o “processo de organização da experiência resultante do arranjo peculiar das várias funções subjetivas do indivíduo em particular”. Pois este indivíduo, que possui uma carga genética, um biotipo, um temperamento, uma constelação familiar, pertence a uma sociedade e a determinada cultura, “elabora de modo específico suas experiências emocionais”. As condições intelectuais e reações afetivas permitem uma elaboração mental crítica em relação aos valores culturais. Do funcionamento da personalidade resultam as reações individuais, as relações interpessoais, a ação explícita e a adaptação à realidade. Esta é a teoria da personalidade desenvolvida por Anibal Silveira. Para ele a harmonia psíquica decorre da subordinação dos instintos, tendências e necessidades da individualidade afetiva aos sentimentos sociais, que presidem as relações interpessoais. É a sociabilidade que unifica e harmoniza a personalidade. O homem é um agente social; inteligência e sociabilidade o definem. Para estabelecer a harmonia psíquica a individualidade se subordina à sociabilidade, as reações individuais às relações interpessoais. Na desarmonia há falta de subordinação ou integração entre um setor e outro da personalidade. E ela se manifesta através de sintomas, quadros clínicos e entidades clínicas. A terapia, como entendida aqui, é um conjunto de procedimentos para restabelecer a harmonia psíquica. É psicoterapia quando utiliza a personalidade do terapeuta para auxiliar a rearmonização psíquica do paciente. O contato do indivíduo com o ambiente (físico e social) é tanto afetivo como intelectual. A ligação afetiva, que permite a relação interpessoal, é expressão dos sentimentos sociais básicos inerentes à personalidade.

A psicoterapia é uma forma especial de relação interpessoal: a relação terapêutica. Seu método, congruente com a teoria silveiriana da personalidade, pode ser aqui chamado de *método de entendimento sociológico*. Combina inteligência e sociabilidade na aceção dada por Anibal Silveira. É entendimento porque utiliza as concepções da inteligência, as funções de observação, elaboração e comunicação da esfera intelectual. E é sociológico porque privilegia o setor da sociabilidade afetiva sobre a afetividade instintiva. O método busca o entendimento sob a preponderância dos sentimentos sociais, em contexto que é, a um só tempo, explicativo e compreensivo. O objetivo é restabelecer a harmonia psíquica, propiciar que a sociabilidade do paciente readquira a primazia, e permita melhor adaptação ao ambiente físico e social. Já escrevi que “psicoterapia é a mediação facilitadora da libertação pessoal” (Palladini, 1984). Mediada pelas intervenções do terapeuta a libertação decorre da subordinação da individualidade pela sociabilidade. A psicoterapia é o tratamento das desarmonias psíquicas através de meios psíquicos. Tais meios são proporcionados pela forma especial de relação interpessoal que é a relação terapêutica. Atitudes do terapeuta e técnicas específicas são desenvolvimentos necessários. Nesse âmbito a psicoterapia é uma abordagem terapêutica das desarmonias psíquicas no interior de uma relação interpessoal. O caminho para a sua realização, a partir das concepções de Silveira, é um método de entendimento sociológico.

O método deriva da aplicação da sociologia comtiana ao estudo da teoria da personalidade, conforme realizada por Silveira. As leis comtianas de filosofia primeira (Comte, 1852) estabelecem que toda construção subjetiva deve estar subordinada aos materiais objetivos, bem como a imaginação à observação. O método de entendimento sociológico objetiva restaurar esta harmonia ajudando o paciente a adaptar-se criativamente à realidade, por meio de concepções (observação e elaboração) e ações (atividade e firmeza) estimuladas pelos

sentimentos sociais. Como já dissemos as funções da individualidade são mais enérgicas que as da sociabilidade; em condições normais a subordinação das primeiras às segundas só é possível pelo concurso do meio ambiente, especialmente do ambiente social. O terapeuta associa-se, então, como força desse ambiente social, à sociabilidade do paciente. De acordo com a teoria silveiriana a ligação afetiva nas relações interpessoais faz-se através das funções psíquicas de apego, veneração e bondade, que, em conjunto, compõem o setor da sociabilidade na personalidade humana.

Processo complexo e fundamental na adaptação à realidade é a percepção. “Todo trabalho mental baseia-se em dados da realidade captados de diferentes modos por nossos sentidos” (Coelho, 1980). Como já vimos, o aparelho sensorial é formado por órgão sensorial periférico, nervos condutores e núcleo subcortical. A destruição de qualquer um deles provoca a abolição do sentido correspondente; a destruição só do núcleo faz cessar a memória correspondente bem como as idéias relativas ao sentido. Ao redor dos seis anos de idade a criança já é capaz de elaborar logicamente os dados e fazer abstrações; é quando passa a predominar o sentido da visão em relação aos outros sentidos. As experiências são mediadas tanto pela percepção externa como pela vida subjetiva do sujeito, podendo ser predominantemente subjetivas, se houver maior participação da reação afetiva, ou objetivas, se preponderar o estímulo externo. Circunstâncias pouco familiares ou pouco estruturadas fazem com que o indivíduo recorra aos próprios recursos subjetivos para lidar com as situações. Silveira (1966) utiliza a *teoria das imagens* de Pierre Laffitte para explicar o processo de percepção. Para o autor francês três tipos de imagem compõem o processo: impressão sensorial, imagem sensorial (ou sensação) e imagem primária (ou percepção). A impressão ocorre no órgão sensorial periférico, e é a captação do estímulo externo, que carregado ao núcleo subcortical provoca a sensação. Esta é transmitida à zona cortical onde torna-se consciente.

Pelo *princípio de Audiffrent*, de cada núcleo subcortical partem duas vias, uma para a região intelectual do cérebro, outra para a afetiva. Só quando a vibração afetiva se liga à esfera intelectual pela conação ocorre a percepção. Como dissemos é um processo dinâmico do qual resulta uma *noção*, que corresponde a uma imagem. Para Laffitte imagem é toda impressão que se produz em nós independentemente do estímulo. A imagem primária ou *noção*, é resultado do trabalho de observação sobre as sensações; é a percepção propriamente dita. Possui dois componentes: um principal, consciente, correspondente ao nexa intelectual; outro acessório, inconsciente, correspondente ao nexa afetivo. Vem dos nexos afetivos a formação dos juízos de valor. Elaborada, a imagem primária resulta na imagem subjetiva ou idéia (ou pensamento), menos impregnada de conotações afetivas e juízos de valor. A imagem subjetiva forma juízos de realidade. Mas não basta ter *noção* ou idéia da realidade, é preciso expressar, comunicar. A expressão se faz por meio de sinais simbólicos. Silveira esclarece que o sinal é uma imagem subjetiva contraída, simplificada. Quando um significado é atribuído ao sinal temos o símbolo. Toda a comunicação humana é simbólica. Por isso von Bertalanffy definiu o universo humano como essencialmente simbólico. É importante ressaltar que a percepção caracteriza o encontro entre o indivíduo e o ambiente, e que “toda percepção vem impregnada de lembranças” (Coelho, 1980). As emoções permanecem ligadas às sensações originárias; quando estas se repetem as emoções retornam. Esse é o material da psicoterapia.

Em 1975, Silveira, organizou em Franco da Rocha um curso de *Introdução à psicoterapia*, do qual recuperei anotações de quatro aulas, feitas por alunos, onde o autor expõe:

1. A função da psicoterapia em clínica, suas limitações e indicações específicas.
2. As condições de personalidade indispensáveis ao psicoterapeuta, situações interpessoais e envolvimento emocional.

3. As regras fundamentais da psicoterapia, os princípios particulares e técnica do aprendizado.

4. As técnicas de apoio, os vários métodos de psicoterapia.

Na visão de Anibal Silveira, (1975), “é indispensável ao psiquiatra conhecer psicoterapia; não se pode considerar um psiquiatra como adequado para a profissão se não conhecer psicoterapia”; “não se compreende o psiquiatra que não faça psicoterapia”. Como no pensamento de Henri Ey, (1975), a psicoterapia é considerada inerente à atividade do psiquiatra. “A função da psicoterapia é esclarecer problemas emocionais que interferem com o comportamento ou com a situação psicológica” do indivíduo, explica Silveira. Sua via de ação é sempre emocional, através de uma forma especial de relação interpessoal: “o fundamental na psicoterapia é o contato entre o cliente e o terapeuta”.

Quanto às formas há psicoterapias superficiais e profundas.

As superficiais são basicamente diretivas: abrangem orientação, aconselhamento, persuasão, sugestão e apoio. Uma de suas variedades é a psicagogia, de cunho educativo, orientativa, embora menos diretiva. Silveira considera a psicagogia uma “variedade da terapêutica sugestiva ou persuasiva, mas com orientação mais ou menos firme dada pelo terapeuta, que deve modificar as relações com o cliente à medida que for também se modificando o comportamento deste”. Observa que o foco está no comportamento atual, sendo portanto, superficial, e a orientação deve ser indireta; é o próprio cliente quem tem que encontrar a orientação. Tem larga aplicação e pode ser praticada em grupo. Silveira a indica para grupos que têm problemas conscientes comuns. Nesse campo das psicoterapias superficiais estão ainda incluídas a hipnoterapia, a hipnoanálise e as terapias grupais de modo geral: casal, família, psicodrama e encontro. Silveira considera as terapias grupais superficiais porque a presença de vários membros na sessão não permite um maior aprofundamento.

As psicoterapias mais profundas exigem postura de neutralidade e a colocação do terapeuta “mais ao lado dos problemas que a pessoa apresenta”. São baseadas, fundamentalmente, na teoria e na técnica psicanalítica. Não são psicanálise, são terapias de orientação analítica, baseadas nos critérios dinâmicos fundamentais da psicanálise. Silveira alerta para que os dados sejam colhidos de modo indireto, e interpretações, quando oferecidas, só o sejam quando o cliente tiver amadurecido suficientemente as associações livres. Melhor ainda é evitar fazer interpretações, e deixar que o paciente chegue às suas próprias conclusões com seus próprios recursos subjetivos. Isto porque a terapia deve visar a modificação de problemas emocionais e as explicações oferecidas podem intelectualizar o processo, e criar obstáculos. A psicoterapia é uma experiência emocional. Além disso, adverte Silveira, as interpretações são sempre específicas, pois um mesmo tipo de sonho ou fantasia tem significação diversa conforme o indivíduo, devido às reações afetivas, às experiências de cada um. E ainda afirma Silveira: *“Na realidade não se pode manter uma atitude neutra, estranha, fria em relação ao paciente, mas também não se pode levar esta relação interpessoal ao plano da amizade”*.

As dificuldades emocionais do cliente podem levá-lo, mais frequentemente, a desenvolver uma “dependência afetiva” para com o terapeuta, não propriamente uma transferência: “O que se passa habitualmente nos clientes de psicoterapia é o que se passa também na clínica comum, uma dependência afetiva, não uma transferência, e que acontece como consequência das dificuldades emocionais e da sensação que o cliente tem de que está resolvendo (seus problemas) em contato com o terapeuta; logo isso reforça a atitude de dependência afetiva para com o terapeuta” (Silveira, 1975). Dependência essa que o terapeuta deve se preocupar em desfazer, mantendo o foco no cliente, pois “não é o psicoterapeuta que vai resolver nenhum problema do cliente, ele próprio é que vai buscar as soluções”.

Quanto à associação de psicoterapia com farmacoterapia Silveira não a contra-indica; admite a associação, em especial, quando uma e outra agem em áreas diferentes da personalidade. Por exemplo: um paciente pode fazer terapia para cuidar melhor de seus problemas de ordem neurótica, e receber medicamentos para corrigir traços do ciclo hereditário da epilepsia. Ou então, para aliviar a ansiedade, utilizar medicamentos, enquanto trabalha psicologicamente os problemas não conscientes.

Silveira considera Pierre Janet e Sigmund Freud as duas fontes principais das várias correntes terapêuticas da atualidade. Franz Alexander, (1976), fundador do Instituto de Psicanálise de Chicago e introdutor da psicoterapia breve ou ativa, é considerado por ele o autor que melhor modificou a técnica psicanalítica. No início da década de 1940, Silveira conheceu o Instituto e a psicoterapia que se ensinava ali: utilização dos princípios ortodoxos da psicanálise, mas frente-a-frente com o cliente para abordar problemas atuais. Sem divã. Psicoterapia baseada em associações conscientes. A tarefa do paciente é dizer tudo o que lhe ocorre à mente sem censura e com sinceridade. “Uma psicoterapia mais superficial é mais eficiente porque ataca problemas atuais, recentes, sem ficar revolvendo os problemas da infância, remotos, que não são, na maioria dos casos, a causa dos distúrbios que o cliente apresenta” (Silveira, 1975).

Carl Rogers, (1974), o criador da terapia centrada no cliente e da abordagem centrada na pessoa, também é considerado por Silveira, (1975), representante da corrente da psicoterapia ativa. Como o próprio nome indica, na terapia rogeriana o terapeuta centraliza suas atitudes no paciente como pessoa. Seu método é a compreensão empática, as atitudes requeridas do terapeuta são a congruência e a consideração positiva incondicional, a intervenção principal o reflexo (Artiles, 1975). No Brasil uma das expressões desta abordagem terapêutica foi Rachel Rosenberg, (1977).

Na visão de Anibal Silveira, entre as condições para o exercício psicoterapêutico, a formação técnica é fundamental; deve combinar conhecimento, prática e supervisão. Conhecimentos teórico e prático supervisionados. A supervisão pode ser indireta, através do relato verbal ou escrito do terapeuta ao supervisor, ou direta por meio de gravação, como fazia Rogers, (1974) ou filmagem como fazia o próprio Silveira, (1975) no Pavilhão-Escola de Juqueri. Outro aspecto relevante é o preparo emocional do terapeuta para a prática da psicoterapia; Silveira indica a aplicação da prova de Rorschach para o entendimento e a modificação de problemas conscientes do terapeuta, e a psicoterapia pessoal para aprofundamento. O terapeuta deve dedicar-se àquela forma de psicoterapia que mais condiga com sua “maneira de ser”, mas deve selecionar os pacientes de acordo com a indicação e adequação técnicas.

Os requisitos pessoais exigidos do terapeuta incluem *idoneidade moral, estabilidade emocional, tolerância, franqueza, firmeza e flexibilidade*. Guardar *sigilo* é absolutamente fundamental.

Há regras que se aplicam a várias formas de psicoterapia. Silveira considera a primeira delas a entrevista inicial para a feitura de uma anamnese completa. Importa esclarecer o motivo da consulta, os dados hereditários familiares e pessoais, as condições somáticas em geral e neurológicas em particular, as condições psíquicas. Em complementação à avaliação inicial Silveira recomenda a aplicação da prova de Rorschach como “técnica ideal para apreciar as condições do examinando”. A avaliação completa pode requerer várias sessões, e é preciso que o paciente esteja suficientemente informado do processo.

Outro aspecto geral a considerar em qualquer terapia é a confiança no terapeuta: “o fato de haver confiança ou não vai influir no decurso da psicoterapia”. O terapeuta deve prever a possibilidade de uma insuficiência de confiança por parte do paciente, e permitir que este exteriorize seus sentimentos

neste sentido. Muitas vezes o cliente passa da desconfiança ao entusiasmo excessivo. Cabe ao terapeuta explicitar as duas situações, e referir tanto os progressos como sua falta às possibilidades e dificuldades do cliente.

Uma vez definida a necessidade e o tipo de psicoterapia (superficial ou profunda) é importante estabelecer a frequência das sessões, uma ou duas vezes por semana em média, e uma estimativa da duração, seis meses ou mais. Honorários e posicionamento com relação as faltas às sessões devem ser tratados no início sob pena de invalidar todo o empenho terapêutico.

A forma de terapia mais indicada por Silveira (1975) é a psicoterapia breve ou ativa de Alexander, de orientação analítica. Este autor havia verificado que a grande maioria dos pacientes apresenta problemas atuais e superficiais, e não necessita de uma psicoterapia profunda. A abordagem centrada na pessoa, de Rogers, também é opção psicoterapêutica válida, segundo Silveira.

O processo psicoterapêutico no terapeuta

O exercício da psicoterapia exige requisitos básicos e necessários, atitudes fundamentais do terapeuta: interesse, motivação e atenção. O terapeuta, assim, disponibiliza-se de modo aceitador para o outro, e estabelece uma *estrutura* para que a *dinâmica* terapêutica ocorra no paciente.

Seguindo os conceitos da teoria da personalidade adotada e, na medida do possível a mesma nomenclatura, podemos descrever o processo no terapeuta. Ele observa, capta (vê, escuta) em impressões e sensações tudo o que o paciente expressa mímica e verbalmente, suas idéias e noções. Há dois modos de observação: a concreta que é direta, imediata e sintética, e a abstrata que é indireta, mediata, analítica. Observar é reconstruir subjetivamente os objetos externos em imagens. É o primeiro passo para a elaboração, quando o terapeuta

compara e coordena as imagens observadas transformando as noções em idéias, pensamentos: elabora. Também há dois modos de elaboração: indutiva ou estática que estabelece relações entre imagens por comparação e semelhança, e resulta em *clarificação*. E a dedutiva ou dinâmica, que estabelece relações entre imagens por coordenação e sucessão, e conduz à *interpretação*. Clarificação e interpretação são importantes processos psíquicos com valor terapêutico. Clarifica por indução, e interpreta por dedução. Observadas e elaboradas pelo terapeuta as experiências (noções das quais se torna consciente) expressas pelo paciente são clarificadas e/ou interpretadas; em seguida podem ser comunicadas (mímica e verbalmente). A terapia de Rogers é indutiva e busca a clarificação, a de Alexander é dedutiva e interpretativa.

O terapeuta, portanto, observa e elabora, isto é, concebe, e por fim comunica as noções e idéias que lhe suscita a relação com o paciente, as experiências expressas deste. Para isso precisa ter disponíveis suas próprias experiências subjetivas livres o quanto possível de distorções afetivas. Por indução ele elabora as imagens captadas e clarifica a comunicação do paciente consigo próprio, reflete, permite a compreensão. Por dedução coordena as imagens por sucessão e indica ligações cronológicas, consequências lógicas, leva a uma explicação: interpretação. *Clarificação e interpretação*.

Durante o processo terapêutico as várias intervenções técnicas são utilizadas espontaneamente pelo terapeuta em combinação entre si e sintonia com as necessidades do paciente momento a momento. Isto possibilita a emergência de fenômenos que facilitam a reorganização da dinâmica subjetiva. Proporciona experiências emocionais corretivas (Alexander, 1976), em que o paciente revivencia na terapia as emoções passadas num contexto acolhedor e não punitivo, seguro e objetivo. Expressa-se mais livremente, se auto-afirma, ousa e leva consigo esse aprendizado. Com isso ele pode conscientemente suprimir as vivências dolorosas, subordinando a indi-

vidualidade à sociabilidade, e por fim restabelecer a harmonia psíquica.

Socioterapia

É a forma terapêutica que utiliza conceitos e práticas da vida social no tratamento. Para Silveira, (1975), é chamada comunidade terapêutica quando aplicada a um grupo de pacientes que convivem por um período mais ou menos prolongado. Neste contexto aplica-se principalmente a pacientes psicóticos progressivos, em condição crônica, e objetiva a readaptação ao meio social. Reabilitação. Numa comunidade terapêutica as técnicas grupais, especialmente as psicodramáticas, estão bem indicadas. De passagem, Bastide (1954) nos adverte que a reabilitação é processo amplo, e implica tanto na adaptação do indivíduo à sociedade, como na adaptação da sociedade ao indivíduo. Já na terapia administrativa, aplicada a pacientes agudos ou em fase mais recente da doença, “a instituição é utilizada como meio terapêutico”, visando discutir a orientação de uma pessoa, de grupos de trabalho, dos problemas do dia-a-dia, das acomodações, da convivência dos pacientes entre si e com a equipe técnica (Silveira, 1975). Tanto em uma como em outra o processo parte da formação de um ambiente terapêutico, onde todos os recursos físicos e sociais do lugar são postos a serviço do projeto de ajuda (Palladini, 1990).

Exemplo de socioterapia é o lar abrigado, uma bem sucedida aplicação dos princípios básicos da psiquiatria social. Tive a oportunidade de conduzir a primeira experiência desse tipo em 1984 no Hospital de Juqueri, inspirado em modelo positivo de psiquiatria social (Palladini, 2000). Constitui o lar abrigado contribuição pessoal a partir das implicações sociológicas da teoria silveiriana.

Na Brasil da década de 1980, notadamente em São Paulo, estavam em discussão modelos alternativos à hospitalização

prolongada de pacientes psiquiátricos crônicos. Era consenso que parte da população internada, sem vínculos sociais e familiares fora das instituições, tinha condições clínicas de alta, mas não onde morar. Inspirado na posição silveiriana de que “é na readaptação social do paciente que consiste a principal função do psiquiatra” (Silveira, 1950), e utilizando conceitos elaborados no campo da psiquiatria social, implantei o primeiro lar abrigado para pacientes psiquiátricos no Juqueri, inaugurado em 4 de fevereiro de 1984 (Palladini, 1984a). No primeiro artigo que publiquei sobre o assunto (Palladini, 1984b), lar abrigado é definido como:

“Uma unidade pequena, descaracterizada em seus aspectos hospitalares, onde se procura, através da convivência, formas condignas de existência com recuperação da autonomia, das relações sociais, da participação nas decisões, da cooperação no trabalho, no estímulo para perceber e pensar a própria condição”.

Ruy Mendes Filho (1985), destacado discípulo de Anibal Silveira, reconhece no lar abrigado, “essencialmente uma experiência do tipo da comunidade terapêutica”. E opina: “como modalidade terapêutica visando a integração comunitária dos pacientes e como trabalho prévio à restituição de pacientes ao ambiente extra-hospitalar, este projeto assume importância fundamental”.

Hoje o lar abrigado é reconhecido nacionalmente como a experiência fundadora das residências terapêuticas e estrategicamente importante para a reestruturação da assistência à saúde mental no País (Ministério da Saúde, 2004).

Em conclusão, a escola psiquiátrica construída por Anibal Silveira ao longo de meio século, constitui-se de sólida teoria, e abrange todos os aspectos relativos às desordens mentais, sua gênese, o diagnóstico e tratamento, a prevenção. O fundamento filosófico de sua obra, os embasamentos biológico e sociológico, a teoria da personalidade, o psicodiagnóstico e

a psicopatologia pelo critério patogênico que desenvolveu, permitem intervenções precisas e profundas nos processos encefálicos, psíquicos e sociais.

Referências bibliográficas

- ALEXANDER F., *Fundamentos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.
- ARTILES F. M., *La actitud psicoterapeutica*. Buenos Aires: Editorial Bonum, 1975.
- BASTIDE R., *A psiquiatria social*. Arq Assist Psicopatas, 19 (1-2): 53-137, 1954.
- COELHO L. M. S., *Epilepsia e personalidade*. São Paulo: Editora Ática, 1980.
- COMTE A., *Catecismo positivista* (1852). Tradução de Miguel Lemos. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- EY H., *Tratado de psiquiatria*. Barcelona: Toray-Masson, 1975.
- MENDES FILHO R. B., *Proposta assistencial para o MDP-II*. Arq. Coord. Saúde Mental São Paulo, 45: 23-50, 1985.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Origens e perspectivas dos SRTs no Brasil*. In: Residências Terapêuticas. Brasília, 2004.
- PALLADINI P., *O lar abrigado no contexto do Projeto Juqueri*. I Encontro Sobre Experiências Institucionais. Franco da Rocha, 2 de julho de 1984a.
- _____. *Lar Abrigado no Juqueri: um início*. Arq. Coord. Saúde Mental São Paulo, 44: 21-9, 1984b.
- _____. *Criação de um ambiente terapêutico: o processo de transformação em uma clínica psiquiátrica tradicional*. XI Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Salvador, 1990.
- _____. *Uma contribuição paulista à reforma psiquiátrica: o lar abrigado*. Cultura Vozes, 94(4): 132-141, 2000.

- ROGERS C. R., *Terapia Centrada no Paciente*. Lisboa: Moraes Editores, 1974.
- ROSENBERG R. L., ROGERS C. R., *A pessoa como centro*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1977.
- SILVEIRA A, SILVA C., ROBORTELLA M. *Contribuição para a semiologia psiquiátrica: a pneumoencefalografia*. Prêmio Austregésilo de Neuro-psiquiatria, Academia Nacional de Medicina, Rio de Janeiro, 1945.
- _____. *Acepção de semiologia no domínio das doenças mentais*. Curso de semiologia psiquiátrica. Franco da Rocha: Hospital de Juqueri, 1950.
- _____. *Psicologia fisiológica*. Maternidade e Infância. São Paulo, 15(1), 1966.
- _____. *Introdução à psicoterapia*. Notas de aulas. Franco da Rocha, 1975.

Glossário

Ação de suplência: compensação funcional em que certas áreas cerebrais substituem, obedecendo à hierarquia funcional, outras lesadas. O processo também pode ocorrer no plano psíquico.

Afetividade: esfera básica da personalidade, responsável pela satisfação instintiva e pela sociabilidade, e que ainda estimula as demais esferas, e reage à esfera intelectual através da emoção.

Afeto: sentimento complexo, manifestação consciente de impulsos afetivos do indivíduo face ao ambiente.

Alternância fisiológica ou funcional: compensação funcional em que órgãos homólogos de um e outro hemisfério cerebral se alternam no exercício de uma mesma função.

Altruísmo: setor da afetividade formado pelos sentimentos sociais; sociabilidade. Sentido moral de viver para outrem.

Anamnese: memória pessoal e familiar do indivíduo; conjunto histórico de dados. Pode ser objetiva, quando os dados são descritos do ponto de vista de observador e subjetiva, quando são descritos como vivências.

Apego: função da sociabilidade, sentimento de ligação afetiva básica entre indivíduos. Amor entre iguais. Empatia, comunhão emocional.

Atenção: dinamismo psíquico decorrente da influência conativa sobre a inteligência. Junto com o dinamismo do interesse resulta na consciência.

Biotipo: expressão somática da regência metabólica.

Bondade: função mais diferenciada da sociabilidade, ligação afetiva incondicional de aceitação. Amor universal. O máximo altruísmo.

Caráter: expressão conativa das disposições afetivas interpessoais.

Ciclo hereditário: conjunto de manifestações de determinada linhagem genética ligadas a uma das três esferas da personalidade. O conceito provém do heredoprognóstico empírico kraepeliniano.

Conação: esfera da personalidade cuja função é coordenar a atenção e a ação explícita.

Concepção: setor da personalidade que engloba as funções intelectuais de observação e elaboração.

Consciência: resultado da dinâmica conjunta conativo-intelectual (a atenção), em associação com a dinâmica afetivo-intelectual (o interesse).

Constituição: conjunto de características psíquicas e somáticas que rege o comportamento do indivíduo no mundo externo.

Cooperação seletiva: ação concertada de duas ou mais regiões encefálicas no exercício de uma mesma função.

Coragem: função conativa simples de estímulo à motilidade e ao contato intelectual.

Critério patogênico: critério, modo de filiação dos sintomas e quadros psicopatológicos a esferas e sistemas cerebrais e psíquicos.

Debilidade mental: forma de oligofrenia sem deficiência mental global, caracterizada mais pela deficiência do senso crítico.

Desordem de repercussão: sintoma de uma região cerebral decorrente de lesão em outra região distante.

Egoísmo: setor da individualidade da personalidade. Sentido moral de viver para si.

Elaboração: trabalho intelectual de indução e dedução que resulta em idéias ou pensamentos.

Emoção: reação afetiva a uma noção ou idéia intelectual. É processo afetivo dinâmico e complexo.

Entidade clínica: unidade patológica identificada pelo dinamismo patogênico, pelo substrato estrutural, fatores genéticos, modo de evolução e estabilidade sintomatológica ao longo do decurso.

Esfera cerebral: conjunto funcional constituído por órgãos ou regiões cerebrais organizadas em sistemas. São três: parieto-occipital, parieto-temporal e frontal.

Esfera psíquica: conjunto de funções subjetivas organizadas em sistemas. São três: afetividade, conação e inteligência.

Espírito positivo: estado mental afirmativo destituído de qualquer influência teológica ou metafísica. Equivale a espírito científico.

Espontaneidade: resultado da dinâmica conjunta afetivo-conativa.

Esquizofrenia: psicose constitucional progressiva de patogênese afetiva, conativa ou intelectual.

Estímulo: excitação de uma função ou esfera psíquica mais simples e independente sobre outra mais complexa e dependente.

Experiência: qualquer evento captado pelos sentidos na forma de imagem e decorrente da percepção. Possui nexos intelectuais e afetivos. Noção.

Expressão: função subjetiva que permite a exteriorização das concepções como comunicação.

Firmeza: função conativa de estabilização da motilidade e do contato intelectual.

Função: expressão dinâmica correlata do funcionamento de um órgão.

Funções de ligação: funções interpostas entre o mundo interior do indivíduo e o exterior. Tornam possíveis a regência do metabolismo, o contato afetivo, a motilidade e o contato intelectual com a realidade.

Idéia: pensamento; resultado da elaboração intelectual da imagem primária ou das noções. Resulta em juízo de realidade.

Imagem: representação psíquica da realidade oriunda da impressão sensorial, é uma reconstrução subjetiva de objetos externos.

Imagem primária: imagem psíquica sincrética resultante do processo intelectual de observação sobre as imagens sensoriais. Possui dois componentes: principal, responsável pela formação de nexos intelectuais, e acessório, responsável pelos nexos afetivos. Noção ou experiência.

Imagem sensorial: imagem formada nos núcleos subcorticais após a captação de impressões pelos órgãos sensoriais periféricos.

Imagem subjetiva: imagem psíquica resultante do processo intelectual de elaboração da imagem primária. Idéia ou pensamento.

Individualidade: setor da esfera afetiva da personalidade, basicamente de natureza instintiva. O setor egoístico da personalidade.

Instintos: as funções mais básicas da personalidade, constituem o núcleo da individualidade. São: de conservação do indivíduo (nutritivo) e conservação da espécie (sexual e materno, este também chamado de posse).

Inteligência: esfera da personalidade responsável pela observação, elaboração e comunicação das imagens psíquicas.

Interesse: dinamismo psíquico decorrente do estímulo afetivo sobre a esfera intelectual; pode partir tanto da individualidade como da sociabilidade.

Lar abrigado: moradia assistida para pacientes psiquiátricos, organizada como instância intermediária entre o hospital e a comunidade. Precursor da residência terapêutica.

Memória: revivência subjetiva do passado através da evocação e identificação de imagens anteriormente fixadas.

Método subjetivo: método sintético de estudo da realidade humana. É de natureza relativa, e parte do todo para chegar às partes.

Motivação: dinamismo psíquico decorrente do estímulo afetivo sobre a esfera conativa; o resultado é a espontaneidade.

Necessidade: função afetiva da individualidade, de caráter ainda egoístico, mas já voltada para a sociabilidade. Pode ser de domínio (orgulho) e de aprovação (vaidade).

Neurose: entidade clínica caracterizada pela regressão das relações afetivo-emocionais a níveis próprios da infância.

Noção: resultante do processo de observação concreta e abstrata sobre as imagens sensoriais. É intelectual e afetiva; deriva em juízos de valor. Equivale a experiência.

Observação: função intelectual de elaboração das imagens sensoriais. Resulta na formação da imagem primária. Pode ser concreta ou abstrata.

Oligofrenia: condição endógena permanente caracterizada por insuficiente desenvolvimento mental, com ou sem deficiência mental global.

Orientação: dinamismo intelectual-conativo de direção da ação explícita.

Órgão cerebral: área ou região cerebral identificada estática e dinamicamente com uma função psíquica simples.

Patogênese: filiação dos sintomas e quadros clínicos a esferas e sistemas cerebrais e psíquicos. Significa também a influência genética na configuração clínica total.

Percepção: processo e resultado da ação das funções de observação sobre as imagens sensoriais. É a fusão, no córtex frontal, dos estímulos dos núcleos subcorticais com a reação afetiva das regiões posteriores do cérebro. Relaciona-se com os conceitos de imagem primária e noção.

Personalidade: conjunto organizado de funções psíquicas ligadas ao funcionamento cerebral, e que regem as disposições do indivíduo e suas inter-relações com o ambiente físico e social.

Personalidade psicopática: entidade clínica caracterizada pelo desvio de conjunto da esfera afetiva ou conativa e pela insubordinação da individualidade à sociabilidade.

Psicoses diatéticas: psicoses endógenas benignas por predisposição genética latente; remitem integralmente. Expressão cunhada por Anibal Silveira a partir dos estudos de Karl Kleist sobre as psicoses degenerativas.

Positivismo: sistema filosófico instituído por Auguste Comte baseado no conhecimento científico dos fenômenos naturais e sociais, e destituído de qualquer especulação teológica ou metafísica.

Prudência: função conativa simples de inibição à motilidade e ao contato intelectual.

Psicoterapia: tratamento de natureza exclusivamente psicológica para dificuldades emocionais.

Puerilismo: forma de oligofrenia sem deficiência mental global, caracterizada por imaturidade afetiva, comportamento pueril e deficiência de crítica.

Quadro clínico: conjunto estável de sintomas psicopatológicos filiáveis a uma esfera cerebral ou psíquica.

Quadro enxertado: manifestação de um quadro constitucional, diatético ou ocasional em uma condição permanente.

Quadro misto: manifestação de dois quadros constitucionais em um só.

Regência funcional: ascendência e coordenação que funções mais complexas e dependentes exercem sobre as mais simples e independentes, de maior energia.

Sentidos: funções periféricas aferentes de captação de estímulos exteriores à mente. São em número de oito, e podem ser específicos: visão, audição, gustação, olfação; e gerais: eletrição, calorição, tato, musculação. Gustação, olfação, tato e musculação são autocêntricos (agem por contato); visão, audição, eletrição e calorição são alocêntricos (agem à distância).

Sentimentos: funções afetivas da sociabilidade, responsáveis pelas ligações afetivas mais diferenciadas com os outros e pela harmonia psíquica.

Símbolo: sinal ao qual foi atribuído um significado, um sentido que é compartilhado por um grupo.

Sinal: imagem subjetiva simplificada, contraída.

Sintoma: manifestação psicopatológica simples filiável a sistema cerebral e psíquico; é o que dá expressão ao quadro clínico.

Sistema cerebral: conjunto formado por dois órgãos cerebrais, pertencentes a uma mesma esfera ou não, que estabelecem entre si relações específicas.

Sistema psíquico: conjunto formado por duas funções subjetivas, pertencentes a uma mesma esfera psíquica ou não, que estabelecem entre si relações específicas.

Sociabilidade: setor da esfera afetiva da personalidade composto pelos sentimentos sociais de apego, veneração e bondade. O setor altruístico da personalidade.

Socioterapia: tratamento baseado nos recursos do ambiente social e na sociabilidade humana.

Temperamento: combinação dinâmica dos traços de personalidade com as funções de ligação.

Tendências: funções afetivas da individualidade, ainda de caráter egoístico, mas já voltadas para a sociabilidade. Podem ser destrutiva e construtiva: uma destrói os obstáculos, outra constrói os meios.

Traços de personalidade: modos de ser do indivíduo refletidos nas capacidades intelectual e ativa, no caráter e no biotipo.

Veneração: função da sociabilidade de ligação afetiva a valores supra-individuais. Amor ao que é superior ao indivíduo.

Vontade: expressão conativa consciente, motivada afetivamente e concebida intelectualmente.