

## MEDICINA E CARACTEROLOGIA<sup>a</sup>

A incumbência de terminar um curso de psicologia não é tarefa fácil. A última lição de um curso não deve conter matéria nova. Para ser a lição conveniente deveria ter eu assistido às lições anteriores proferidas por colegas ilustres que as orientaram de forma que completamente desconheço. Mas se o seu conteúdo me escapa, não acontece o mesmo relativamente à finalidade em vista, ao nível dos estudos que teve como objectivo servir e que o Prof. Dr. Luís de Pina tão bem e tão dedicadamente tem proclamado. Esta falta de articulação com o já exposto e até, porventura, algumas repetições desnecessárias, ou o rápido tratamento de assuntos não versados, exigem algumas considerações preliminares relativas ao tema proposto nesta lição. Falamos para médicos, ou estudantes de medicina, e, dada a qualidade do auditório, não é necessário reafirmar a importância da psicologia – convicção que a organização do curso confirma –, ciência de formação recente, embora já intuída do seu significado e sistematicamente tratada na antiga Grécia por Aristóteles e seus imediatos discípulos. Como aconteceu em outros domínios do saber, o mais importante e também o mais difícil, dificuldade que existiu séculos de meditação, é a determinação rigorosa do seu próprio objecto.

Os estratos constituintes do ser humano são predominantemente três que, *grosso modo*, se podem designar por organismo, psiquismo e mentalismo, condicionantes, respectivamente, da actividade vital, psíquica e mental. Sob outro aspecto, distinguindo no orgânico a parte física, ou material, e a parte propriamente vital, teríamos quatro estratos fundamentais. Decerto, cada um deles é susceptível de subdivisões de grande significado para a especialização científica e compreensão total do homem. As modalidades constituintes do «físico» são diversas, a vida manifesta-se em pluralidade divergente, de que o reino vegetal e animal são opulenta amostra. A vida psíquica não é menos rica nas suas variantes de reflexo, impulso, instinto, emoção e pensamento. E o que designamos por mentalismo é toda a cultura humana desde o primitivo manifestar-se de intenção estética e mágica até às mais altas formas de espiritualidade da arte, da ciência, da filosofia e da religião.

---

<sup>a</sup> Transcrição da 8.ª lição de um Curso de Psicologia Médica.

Matéria, vida, psique e espírito são os quatro ingredientes fundamentais constituintes do homem e só ele, homem, os possui a todos e os manifesta mediante o seu corpo próprio. Chamemos-lhe organização quaternária, sem dúvida a mais complexa que se nos oferece como tema de estudo e que, devido a considerações de facilitação parcializante, muitas vezes, como totalidade, se perde irremediavelmente não só em domínio teórico mas, o que mais grave é, no domínio prático da sua conservação. A história da medicina o indica. Acontece que as regiões terminais, ou estratos, da sua constituição – a física e a espiritual – foram as que desde cedo mereceram especial consideração dos estudiosos. Já na Grécia encontramos uma física estruturada como conhecimento específico e uma filosofia que é propriamente o estudo da fenomenologia do espírito. É certo que os fenómenos vitais não passaram despercebidos a Aristóteles e o mesmo aconteceu também aos fenómenos propriamente psíquicos. Mas estas duas modalidades do saber – a física e a filosofia – absorveram no seu âmbito as outras duas próximas e, por isso mesmo, precisaram elas de alguns séculos na conquista da independência para conseguirem a estruturação sistemática que hoje possuem como biologia e psicologia. A física, como ciência da natureza, ordenou o primeiro saber que se aplicou à investigação dos fenómenos vitais; a filosofia não distinguiu desde logo entre o psíquico, ou anímico, e o propriamente espiritual.

O que não aconteceu na Grécia, porém, vai acontecer no século XVII como consequência do dualismo cartesiano e seu implícito monismo metodológico subordinante do pensamento à extensão. A psicologia passa a ter uma história recheada de peripécias de identificação a partir de baixo, da física e da fisiologia, ou a partir de cima sob a forma de psicologia racional ou metafísica. Tais entraves metodológicos são facilmente explicáveis. Constituída uma ciência em base segura de fundamentação, tende esta, ou os cultores das ciências mais recentes, a utilizar os métodos que só àquela servem e que são úteis, por isso mesmo, por só a ela servirem. O prestígio da ciência constituída obriga os cultores das ciências mais recentes a levarem apressadamente as suas novas ciências a rápidos progressos, a imitarem a constituição das mais antigas e a empregarem os mesmos métodos. Disto resultam atrasos e equívocos, às vezes de perduração secular, embates teóricos na tentativa de explicação, sem radical base de compreensão como acontece com o mecanicismo na tentativa de interpretação do orgânico de que a história da medicina nos dá claros e elucidativos exemplos. O orgânico, nos seus respectivos estádios, não é só de ordem mais complexa do que o supõem as tentativas mecanicistas de explicação, mas de outro nível de manifestação. Se hoje se admite e compreende com relativa facilidade a diferenciação do orgânico e do mecânico e, conseqüentemente, do físico e do vital, nem sempre é tão fácil a diferenciação entre o psíquico e o propriamente espiritual.

Se não há espírito sem consciência, também não há consciência sem vida nem vida sem o conjunto físico e orgânico que a suporte. Matéria, vida, consciência e espírito articulam-se melhor ou pior, e certos aspectos do comportamento humano revelam situações em que essa articulação, por insatisfatória, causa distúrbios que V. Ex.<sup>as</sup>, como médicos, muito bem conhecem. Aliás, esta tetrádica compreensão do homem é ou deve ser elementar para o médico. O homem pode reduzir-se a simples sistema ternário, quando lhe falta a possibilidade convivente de ordem racional e de interpretação simbólica do espírito objectivado no seu ambiente; pode reduzir-se a sistema binário quando involuntariamente perde a consciência de si próprio ou lha fazem perder artificialmente por via anestésica; e também pode reduzir-se a sistema unitário, a simples matéria, chamemos-lhe assim, quando a vida o abandona e o seu corpo se torna cadáver. Sistema quaternário, o homem é delicado equilíbrio que a medicina tem por missão conservar integralmente na sua quaternidade, enquanto é possível. E curioso é notar que já os antigos possuíam, ou julgavam possuir, o quaternião, espécie de bálsamo medicamentoso constituído por quatro elementos em relação com as quatro estruturas fundamentais na composição do homem.

Esta posição metodológica impeditiva da interpretação dos fenómenos psíquicos a partir de baixo (psicologia entendida como psicofisiologia ou psicofísica), exclusivamente preocupada com o estabelecimento de relações entre o estímulo e a excitação, a composição artificial da percepção a partir de abstractas sensações, tornaram a psicologia semelhante a uma física a partir do sujeito, subordinada a uma ordenação científica modelada enquanto ciência da natureza. Por outro lado, a partir de cima, continuou-se a cultivar uma psicologia de intenção metafísica em elaboração sistemática de tipo reflexivo, abstracto e predominantemente introspectiva. A oposição entre a psicologia científica e a psicologia metafísica, entendida aquela como pura ciência de observação e experimentalismo, e esta como ciência impregnada de noções oriundas da escolástica medieval, tornou-se, no princípio do nosso século, tema de inúmeras discussões. No entanto, e em seguimento dos trabalhos de Bergson, do movimento gestaltista, da investigação da estrutura e da corrente fenomenológica, pode hoje afirmar-se que nem a psicologia científica para ser científica necessita de ser fisicalismo, cuja expressão-limite é o condutismo do americano Watson, nem a psicologia chamada metafísica necessita de ser apenas dedutiva consequência da psicologia racional da escolástica. Esta dificuldade ou oposição é ainda resultante da já enunciada preocupação de emprestar à ciência de formação mais recente a aparelhagem conceptual e metodológica que ela ainda não pode admitir e que talvez não lhe convenha mesmo admitir, ao contrário do que pressunha o conceito unívoco de ciência de origem positivista. As ciências do tipo da psicologia, as ciências que estudam a fenomenologia do comportamento humano nas suas múltiplas formas, não são susceptíveis da estruturação própria às ciências da natureza, de intenção quantitativa e exacta.

Se a estruturação da ciência física no plano do macrofísico encontrou um admirável princípio que a ordena rigorosamente, a relação de causa a efeito, a vida já não é susceptível de interpretação exclusivamente a partir desse princípio, devido à finalidade imanente dos fenómenos vitais, como também nem a causalidade nem a finalidade são próprios, como princípios, para o estudo adequado dos fenómenos psíquicos. A psicologia causalista e a psicologia finalista prestaram as suas provas ao longo da história. A consciência é manifestação de intencionalidade, é sempre «consciência de», sempre consciência do que ela não é. A causalidade requer unívoca relação com o efeito e todos sabem que as relações de causa a efeito nos domínios da vida não seguem o necessitarismo dos fenómenos físicos. No vital, e por excesso no psíquico, é manifesta a não-correlação entre a causa e o efeito; de pequenas causas podem surgir consequências imprevisíveis e em desproporção quantitativa e qualificativa. No domínio psíquico é por demais evidente o que se passa com a vida: não é possível prever a reacção a uma palavra, a um gesto ou qualquer acto perante a consciência de outrem. E isto já nos pode levar à compreensão de que a actividade psíquica é irreductível a qualquer dos outros sectores da realidade. E podemos afirmar que a realidade *sui generis* dos fenómenos psíquicos não é idêntica em todos os homens e que uma psicologia geral, que apenas nos permite o acesso às características comuns do comportamento humano, é insuficiente para o conhecimento do que é típico e característico na variedade da diferenciação individual.

O naturalismo em psicologia tende a eliminar dos fenómenos psíquicos o que lhes é próprio e a tratá-los como coisas. Este cousismo, que já Leonardo Coimbra denunciou, encontra a sua forma mais radical e coerente, segundo Lagache, no condutismo, ou behaviorismo, de Watson. A atitude oposta, que o mesmo autor chama humanismo psicológico, admite que os fenómenos psíquicos são experiências vividas, como pretendia Stern, ou expressões, como lhes chama Karl Jaspers, isto é, ainda seguindo Lagache, «existência vivida». Afastamo-nos, pois, da concepção naturalista da psicologia e aproximamo-nos da concepção humanista, a que mais pode interessar à medicina. Psicologia clínica é o estudo da relação humana e concreta, para a qual a psicologia naturalista e suas abstracções tomísticas de pouco valor se afiguram. Esta psicologia concreta requer o estudo do temperamento, do carácter e da personalidade, como todo unitário, ou como expressão total do ser humano. O estudo do temperamento e do carácter já nos aparece elaborado especialmente nas três Éticas de Aristóteles e em especial no livro intitulado *Caracteres*, do seu discípulo Teofrasto. Sabemos que a medicina grega com Hipócrates e Galeno dedicou grande interesse a estes problemas e não é necessário referi-los pormenorizadamente, por bem conhecidos. A Idade Média não é indiferente à teoria dos temperamentos, mas é sobretudo nos tempos modernos, com os moralistas franceses e os românticos alemães, que a problemática

caracterológica recebe profundo impulso. Não sendo possível traçar, ainda que em resumo, a história deste ramo de estudos, passamos a considerar em especial a significação contemporânea da caracterologia nos seus aspectos de maior interesse para a psicologia clínica.

A concepção estratiforme da pessoa humana tem correspondência com o desenvolvimento ontogenético do indivíduo humano. Tão evidente essa correspondência se revela, e muito especialmente para o médico, que não nos parece necessário qualquer excursão explicativo do que é bem conhecido e que, como conhecido, fácil é de interpretar no sentido proposto. No caso que especialmente nos interessa, as relações da psicologia e da medicina, importa determinar o que deve entender-se por psicologia clínica, que não é o estudo dos estados mórbidos de ordem psíquica, ou psicopatologia, mas a relação normal do médico e da pessoa que o procura e se supõe doente, e que, seja qual for a doença, lhe aparece com o que Hellpach designa por «psicoma», reacção normal da sua situação de doente, que lhe altera a confiança e esperança indispensáveis à vida e o levam à meditação sobre a própria fragilidade e a visionar o horizonte retraído do seu ser para a morte, com as consequências inevitáveis da sua existência fracassada ou diminuída. Psicoma é termo pouco eufónico, mas em correlação com outras designações idênticas da linguagem médica. É precisamente na interpretação do psicoma, o ambiente psíquico de estranheza perante o que se passa, que o médico tem acesso ao doente e à doença de que ele sofre. É ainda Hellpach que nos descreve os três momentos principais do encontro do médico e do doente: etopsíquico, afirmação das relações de confiança recíproca; psicognóstico, esforço da parte do médico na compreensão do psicoma; e psicogógico, orientação psíquica do doente para o equilíbrio que a doença perturbou.

O trânsito da psicologia de tipo naturalista para a psicologia de tipo humanista está-se operando nos nossos dias, e é já vasta e numerosa a bibliografia e com ela a expressão de tendências que se pretendem afirmar em sistematização. Entre estas tendências merece lugar de relevo a caracterologia, que se afigura de notáveis aplicações e constitui um instrumento de trabalho indispensável para estabelecer com possibilidade de êxito a relação concreta, e tanto quanto possível imediata, entre médico e doente nos três momentos citados por Hellpach como fundamentais em psicologia clínica. É facto de comprovação frequente que o comportamento do homem, os seus movimentos expressivos, gestuais ou mímicos, verbais ou activos, a sua atitude preferencial na organização perceptual da vida sensorial e os seus gostos e reacções fazem parte de um conjunto mais ou menos sistemático de ordem existencial. Há sempre algo de típico que assemelha certa pessoa com outras pessoas, ao mesmo tempo que de outras a distingue. Pretendeu-se encontrar a base desta correlação na estrutura somática ou morfológica, elaborada por Pende, Kretschmer, Sigaud, Wolff e Corman, para apenas citar

os mais conhecidos. Todos estes estudos, conquanto em parte valiosos, são de ordem tipológica ou de anatomia diferencial, mas nem sempre conseguem a determinação precisa do psíquico não dependente das linhas longas ou curtas da constituição corporal, da viscerotonia endomórfica, da somatotonia mesomórfica ou da cerebrotonia ectomórfica, como o pretende Sheldon. A classificação funcional em tipo digestivo, respiratório, muscular e cerebral de Sigaud, macro ou microsplâncnicos, ou pícnicos, atléticos e asténicos, ciclóides e esquizóides, síntonos ou dístonos, dilatados ou contraídos, podem constituir perspectivas de interesse, mas não fundamento de classificação.

Esta biotipologia, fundada na morfologia somática exclusivamente, não é o que mais interessa na consideração do psicoma. Na situação de doente não é o corpo que possui uma alma, mas uma alma que alberga um corpo e que o traz à consideração do médico para que este o ajude no restabelecimento das boas relações em harmonia unitária e total. As relações do inconsciente e do consciente, na interpretação de Freud a partir do consciente, e na prática de Jung a partir do inconsciente, são momentos importantes na psicodialéctica da história individual já vivida, mas não é disso que se trata, ou nem sempre disso se trata, quando o doente aparece ao médico em apelo de garantia de futuro. A introversão e a extroversão dos tipos de Jung são consequências e não fundamento do carácter, e o erróneo nas investigações caracterológicas consiste precisamente no facto de certas propriedades, que são da ordem da consequência, serem interpretadas como agentes de motivação. E, mais do que Jung, é Freud culpado desse desvio interpretativo. O médico consciente da sua aventureira profissão, tantas vezes aliás venturosa, terá na sua prática, antes de mais, de ser caracterólogo ou, pelo menos, estar bem informado dos meios possíveis de perscrutação da personalidade dos seus clientes. E na história da vida do médico, como médico, muito se explica do seu sucesso ou do seu insucesso, do seu prestígio ou do seu desprestígio, pelas qualidades que ostenta ou de que carece na compreensão do outro, dessoutro que o procura com funda esperança e que nem sempre repete a visita porque não encontrou a compatia de compreensão de que necessitava. No ficheiro dos médicos há muitas fichas de visita única a acusá-los de casos que não resolveram, não por falta de competência, mas por carência de instrução caracterológica.

Um médico sem elucidação psicológica começa muitas vezes a elaboração do diagnóstico por onde deveria terminar, e o resultado é o mesmo que aconteceria ao construtor que comesse o edifício pelo telhado – di-lo autoridade no assunto. Mas a elucidação psicológica não consiste no estudo da psicologia tradicional, ou universitária, como lhe chama o autor do livro *L'acte médicale et le caractère du malade*, Dr. Georges Torris. Também não se trata de psicologia adequada à preparação do psiquiatra ou do psicopatologista, mas – segundo o mesmo autor – da psicologia concreta, existencial, da psicologia do encontro de

dois homens, em situação previamente definida mas que de ambos requer mutualidade de compreensão. Um deles está em revolta contra o seu próprio corpo. Em tempo normal esquece-o. Agora, sente-o estranho e tem de apresentá-lo a outro homem, como objecto que o outro ausculta, percute, palpa, martela e espeta para lhe extrair sangue. É certo que o inventário de respostas que a certas perguntas o médico vai registando, às vezes necessariamente tão indiscretas, as coloca em zona de intimidade para além do pudor, que o doente por sua vez interpreta como benfazejo. Mas nem sempre essas perguntas registam aspectos importantes de sintomatologia, nem sempre são orientadas para a compreensão psicológica da pessoa doente. Pondo de parte, neste momento, os testes projectivos, de grande interesse especialmente em psicopatologia, os testes de Rohrschach, Murray e Szondi, mas pouco práticos e até desnecessários em clínica geral, vamos tratar da classificação caracterológica devida a Heymans e Wiersma, precisamente já muito utilizados em medicina.

Não se trata de testes de averiguação, de despiste ou rastreio de anomalias mentais, mas de provas que nos permitem com relativa facilidade determinar o tipo caracterológico de determinado indivíduo normal. O sistema de perguntas pode variar conforme o interesse em dominância e perícia do observador. Não é necessário, nem isso seria viável, submeter o paciente às noventa e nove perguntas do teste completo para obter indicações, nem todas de interesse, para a determinação do tipo de personalidade que o médico enfrenta como cliente. Importa, sobretudo, a determinação sinalética, isto é, a observação dos traços mais importantes e discriminativos. Não é o momento para expor quais os processos de classificação prática nem enunciar as perguntas mais convenientes para um rápido diagnóstico. O livro de Griéger, *Le diagnostique caractérologique*, permite uma relativamente fácil iniciação, que pode ser desenvolvida pelo estudo do livro de Berger, *Traité pratique d'analyse du caractère*, e completada pelo *Traité de Caractérologie* de Le Senne, a que outros de especialização podem seguir-se. Também não é possível, apenas em uma lição, fundamentarmos rigorosamente o que deve entender-se por carácter. No entanto, o uso vulgarizado do termo exprime o que por tal deve entender-se: «conjunto de disposições congénitas, elaboradas a partir do temperamento, que constituem a marca permanente distintiva da individualidade do homem». É certo, e somos o primeiro a reconhecê-lo, que nesta simples definição teríamos muito de esclarecer relativamente ao que deve entender-se por temperamento, por individualidade e, ainda, à permanência e grau de oscilação do carácter admitidos por alguns caracterologistas. Parece mais importante seguirmos do que demorarmo-nos no que nos impediria a visão de conjunto. E uma lição é apenas uma lição: pressupõe e exige outras.

Os dois psicólogos holandeses já citados, Heymans e Wiersma, depois de alguns milhares de inquéritos comprovados estatisticamente, chegaram à conclu-

são de que as propriedades constitutivas do carácter são duas: a emotividade e a actividade, que podem ambas possuir a mesma intensidade, ou uma delas dominar a outra. A forma de manifestação, quer de uma, quer de outra, pode ser impulsiva portanto descontínua, ou permanente, portanto contínua. Se a emotividade sinalmos por *E*., a actividade por *A*, a forma de manifestação primária ou descontínua por *P*; e a forma de manifestação secundária ou contínua por *S*, teremos, respectivamente, oito combinações possíveis: *EAP EAS EnAP EnAS nEaP nEaS nEnAP nEnAS*, que, por comodidade, se chamam, respectivamente, aproveitando designações tradicionais, embora com sentido diferente do vulgarizado: colérico, apaixonado, nervoso, sentimental, sanguíneo, fleumático, amorfo e apático. Estes oito tipos são paradigmáticos, mas é ainda possível determinar subtipos conforme o grau de dominância do *E* sobre o *A* ou do *A* sobre o *E*, e conforme esse mesmo grau pode um tipo tender para outro e dar origem a combinações diversas como nervoso-paracolérico, ou nervoso-sanguíneo-para-amorfo, etc., etc. Se cada um destes tipos tem um valor dominante para que tende, orienta uma vocação e um destino, não é difícil reconhecer que o estudo da caracterologia tem extraordinário valor na condução formativa do homem, na sua orientação profissional e em todas as manifestações da sua personalidade. Mas é propriamente sobre a importância da caracterologia para a medicina que temos em especial de orientar esta lição. Talvez para o médico, cuja preparação é predominantemente naturalista, pareça algo aventuroso o que vamos expor.

Podemos resumir as características fundamentais de cada um dos oito tipos da seguinte maneira: o *colérico* é generoso, cordial, pleno de actividade e de exuberância, optimista e de bom humor. Actividade intensa, mas múltipla. Politicamente interessado pelo povo, crê no progresso e é revolucionário. Dotado de aptidões oratórias, domina-o um valor: a acção. O *apaixonado* é um ambicioso que sabe realizar-se. Actividade concentrada sobre uma única finalidade. Aptos para o comando, sabem utilizar a violência. Honestos, amam a sociedade e são bons conversadores. Tomam profundamente a sério a família, a pátria e a religião. São capazes de ascetismo. Valor dominante: a obra a realizar. O *nervoso* é de humor variável e pretende surpreender e atrair a atenção dos outros. Indiferente à objectividade, embeleza a realidade pela mentira e a ficção poética. Gosto exagerado pelo bizarro e pelo negativo. Trabalha irregularmente e só no que lhe interessa. Precisa de excitantes para contrariar a inactividade e o aborrecimento. Inconstante nas suas afeições, tem como valor dominante o divertimento. O *sentimental* é ambicioso que permanece no estádio de aspiração. Meditativo, introvertido e esquizóide. Melancólico e descontente de si próprio. Tímido, vulnerável e escrupuloso, alimenta a vida interior em ruminação do passado. Não sabe bem entrar em relações com os outros e tende para a misantropia. Individualista, manifesta vivo sentimento pela natureza. O valor dominante é a intimidade.

O *sanguíneo* é extrovertido, bom observador e dotado de notável espírito prático. Mundano, é na convivência cortês, irónico e céptico. Sabe manejar os homens e é hábil diplomata. Liberal e tolerante em política, revela pouco respeito pelos sistemas de ideias e empresta maior valor à experiência. Oportunista, o seu valor dominante é o sucesso social. O *fleumático* é homem de hábitos, respeitoso dos princípios, pontual, objectivo, digno de fé e ponderado. De humor sempre igual, é impassível, paciente, tenaz e desprovido de afectação. De civismo profundo, a sua religião é sobretudo respeito a um código moral. Prefere os sistemas abstractos e as ideias gerais. O valor dominante que vivamente respeita é a lei. O *amorfo* é disponível, conciliante, tolerante por indiferença, e muitas vezes de teimosia passiva muito tenaz. No conjunto forma o grupo de que se afirma que são boas pessoas, isto é, sem características salientes no seu comportamento. Negligente e preguiçoso, não é capaz de pontualidade. É tão indiferente ao passado como ao futuro. É dotado para a execução musical e o teatro. O valor dominante é o prazer. O *apático* é fechado, secreto, voltado para si próprio, mas sem vida interior notável. Sombrio e taciturno, raramente ri. Escravo de hábitos, é conservador. Firme nas inimidades, raramente se reconcilia. Fala pouco e aprecia a solidão. Indiferente à vida social é, geralmente, honesto e veraz. O valor dominante é a tranquilidade.

Muitos outros aspectos poderiam ser considerados e também estudados alguns subtipos. É impressionante a correlação de cada um destes tipos com a vida profissional escolhida. Basta indicar, no caso presente, que escolhem a profissão de médico os não-emotivos activos primários, ou sanguíneos, e os fleumáticos que, em geral, preferem a cirurgia. Alguns coléricos *EAP* e apaixonados *FAS*, em menor número, constituem os expoentes em prestígio na profissão. Muitos apáticos com o curso de medicina procuram as situações de ordem administrativa e burocrática dos respectivos serviços. A psicologia do médico e a preferência por determinadas especializações, quando animada por vocação, é um estudo que mereceu ao psicólogo holandês Buytendijk um interessante trabalho precisamente em demonstração do acordo caracterológico entre a profissão e as propriedades fundamentais do carácter. A conclusão é naturalmente esta: que a escolha de qualquer profissão, e em especial a de médico, não pode ser decidida apenas pelo indivíduo que pretende matricular-se na Faculdade de Medicina. O exame caracterológico em orientação profissional é indispensável para prevenir e evitar situações que, por bem conhecidas em toda a parte, dispensam comentário. Não apenas a pessoa que procura o médico como doente, mas o próprio médico, são a encarnação de um dos tipos psicológicos descritos. O encontro sob a forma de consulta é, portanto, em primeiro lugar, o estabelecimento de uma inter-relação entre caracteres, que podem ser idênticos ou opostos, quando um possui uma ou mais do que uma das propriedades em grau relevante e outro não a possui. Nos domínios da intercaracterologia procura-se a determinação precisa

do que se realiza empiricamente. E é sabido que o doente fiel a determinado médico não o é, na maior parte dos casos, por motivo de competência, mas precisamente porque encontrou essa correlação que lhe dá imediatamente maior confiança e, por sua vez, facilita o êxito no trabalho do médico.

Um médico com acentuada primaridade está sempre em más condições ante o doente com acentuada secundaridade, doentes que não lhe dão nenhuma satisfação, nem humana nem profissional, quando o procuram no consultório. Um médico com acentuada secundaridade passa maus momentos com o doente predominantemente primário, e este, quando não está preso ao leito e tem a iniciativa da consulta, nunca o visita segunda vez. A primeira e única visita é mais do que bastante para lhe fornecer elementos suficientes à maledicência e à apologia de outro médico que o acaso lhe fez encontrar, quando encontra. De outro modo é a medicina em geral e os médicos em particular que se tornam o objecto da ironia desprestigiante. O médico que ouve as queixas do doente contra outro médico, considerado na sua competência e seriedade, nem sempre descobre que a querela é motivada no desencontro caracterológico. O mesmo acontece em todos os aspectos da vida social: na política, na profissão, na amizade. A medicina e o direito correm sempre o perigo quando desconhecem isto. Um juiz, sem elucidação caracterológica, não pode compreender fundamente a importância da sua actividade profissional. Quanto à medicina, e como confirmação, todos sabem que tal médico é profundamente considerado por certos doentes e igualmente desestimado por outros. A motivação só pode ser a que acima apontamos: falta de correlação caracterológica entre médico e doente. Não há nenhum bom médico que não seja considerado *mau* por alguns dos seus antigos clientes; o contrário também é possível. Da parte do médico verifica-se o mesmo quando no seu íntimo reconhece que não compreende o cliente e lhe chama por vezes *doente difícil*. Certas conferências entre médicos têm esta origem, e a decisão de mudar de médico para conservar a esperança é outro indício do que deixamos apontado.

Os estudos já realizados neste domínio são de notável interesse. Assim, depois de numerosas investigações, chegou-se à conclusão de que cada um dos tipos enumerados sofre predominantemente de certas doenças, tipos que o médico especializado encontra em maioria nos seus consultórios ou nas suas clínicas. Há em cada um desses tipos o que Szondi chama forma própria de libidogenotropismo, de idealogenotropismo, de operogenotropismo, de morbogenotropismo e tanatogenotropismo, condicionantes, respectivamente, da sua forma de amar, de pensar, de trabalhar, de estar doente e de morrer. Porque nem a morte, ao contrário do que se afirma, é igual para todos. Cada um tem e acalenta em si a sua morte própria, como o afirmou um poeta, Rainer Maria Rilke. O estudo do morbogenotropismo para cada um dos tipos citados parece de grande importância, e terminamos aludindo resumidamente às atitudes fundamentais que os distinguem.

O *colérico*» *EAP*, devido à boa correlação entre a *E* e a *A*, relevados pela primariedade, quando doente chama imediatamente o médico sem perda de tempo e mostra-se terrivelmente ansioso enquanto ele não chega. A sua exuberância normal leva-o facilmente ao exagero. O facto da visita do médico liberta-o da inquietação, e uma palavra, embora ambígua, se o médico lha sabe dizer, é logo interpretada como satisfatória de esperança. A sua estrutura eminentemente activa leva-o a tratar-se devotadamente e prefere sempre um doutor a um simples licenciado em medicina e a este um professor e, quando isso é possível, um professor da universidade mais afamada. É corajoso ante o tratamento e fiel ao médico em quem confia e dele se torna convicto propagandista. A situação de doente, quando nisso fala, parece ser para ele um título de glória. A cada consulta traz uma doença nova e admira-se que o médico ainda se lembre da anterior que ele já esqueceu. Algumas vezes o médico não sabe o que ele veio fazer ao consultório, talvez tão-somente procurar um auditor e nada mais. O colérico, na consulta, coloca-se em pé de igualdade com o médico, discute, propõe, sugere e confessa que não acredita na medicina, sem qualquer retraimento. Mas afirma consideração pelo médico presente. Para o médico estes doentes não são muito agradáveis: demoram muito a consulta, falam demasiado, exageram e discutem o diagnóstico e a terapêutica...

O *apaixonado*, *EAS*, como os coléricos, tem vários subtipos que importava considerar no comportamento específico perante o médico. As qualidades fundamentais em diferente doseamento são o egocentrismo, a inadaptação social, a desconfiança e a inadequação dos juízos referentes a si próprio. A secundaridade retarda a decisão de chamar o médico quando dele necessita. Corajoso ante a doença, chamado o médico, persevera na crença quanto à eficácia do tratamento. Dado o valor que o domina, a obra a realizar, sonho que muitas vezes realiza, é impaciente e não tem tempo para estar doente. Antes de escolher o médico obtém sobre ele cuidadosas informações. Compreende a dificuldade de um correcto diagnóstico e se dá, de início, ao médico o direito de se enganar, exige depois que acerte sem demora. A doença e o médico aparecem-lhe como digressões que não podem distraí-lo do seu fundo propósito na realização da sua obra. Ao contrário do colérico, não fala das suas doenças nem das suas gloriosas lutas com os médicos. Se as coisas não correm bem, escolhe outro médico ou deixa de recorrer a este conservando a terapêutica. De início, o médico sente-se contente com a obediência, a compreensão e a coragem de que dá mostras. A avaliar pelas provas de simpatia e de elogio que dirige ao médico, este considera-o o melhor dos doentes. Mas, se o tratamento é demorado e o sentimento de melhoria não surge com evidência, as coisas modificam-se e, então, embaraça o médico com a sua inteligência, o seu à-vontade e a sua falta de pudor na crítica e na enumeração dos reais ou supostos erros imputados ao médico e que este nem sempre consegue desvanecer.

O *nervoso*, *EnAp*, com predominância emotiva e primariedade, é a parte mais numerosa da clientela de qualquer médico. Extraordinariamente ansioso e impaciente, recorre imediatamente ao médico, que chama a qualquer hora e nas horas mais inconvenientes, para este verificar que o caso não é tão grave como ao doente parecia. É propenso a perturbações mentais, a psicopatias que indiferenciam na sua vida o sonho e o real. Tendendo para a vagabundagem, ou não-fixação, quer no domínio afectivo, quer no domínio profissional, muda frequentemente de residência e de profissão e até de ideologia. Não há nele, portanto, qualquer fidelidade ao médico e nunca, em qualquer caso, um só médico lhe basta. Consulta vários, simultaneamente, e vai comunicando a título de hipótese os diagnósticos de uns aos outros, como se fossem obra sua. Isto serve-lhe para no seu íntimo desacreditar a medicina. São também os mais numerosos consulentes dos charlatães. Influenciáveis e não acreditam na ciência. Taquicárdico, o nervoso é impaciente e explora o seu caso emprestando-lhe sempre extrema gravidade. Discorre, pensa, aflige-se, mas não cumpre a terapêutica indicada, nem aceita os conselhos de moderação nos tóxicos, como o café e o tabaco. São terríveis doentes para os médicos e coleccionadores de receitas que não chegam à farmácia.

O *sentimental*, *EnAS*, constitui com o nervoso os dois mais numerosos grupos de clientes dos médicos. Pusilânime ante a doença é mais impressionável do que quaisquer outros. Com tendência para a hipocondria, os primeiros sintomas são interpretados com pessimismo e sempre admitida a hipótese menos favorável. Exterioriza pouco a inquietação e insegurança em que vive, parece egoísta, timorato, hipócrita, revela sensibilidade ingénua, contemplativo e místico, acalenta o ideal de aperfeiçoamento, quando estiver melhor... A depressão constitucional leva-o à psicastenia e a obsessões, neuroses, crises de ansiedade, cenestopatias e organopatias funcionais. São clientes fáceis que a todo o momento espiam o médico para descobrir no seu jogo fisionómico qualquer suspeita. Fixam-se às palavras do médico, que repetem aos visitantes para se fortalecerem na confiança, não na medicina, mas no próprio médico, que enaltecem e sublimam para lhes dizer que lhes devem a vida. Exigem do médico uma atitude paternalista e nunca o esquecem no Natal ou na Páscoa... Aceitam qualquer terapêutica aconselhada por mais desagradável que seja. Quando são inteligentes, lêem antes e depois da consulta livros de divulgação de conhecimentos médicos e vão sofrendo sucessivamente de todas as doenças que encontram descritas. É claro que as mulheres deste tipo nem sempre são fáceis de tratamento e, depois de curadas, continuam a consulta pelo simples prazer de evitar qualquer outra doença de que, aliás, começam logo a sofrer.

O *sanguíneo* e o *fleumático* com actividade predominante diferem entre si pela primariedade e pela secundariedade e manifestam outra estrutura de com-

portamento na situação de doentes. O sanguíneo, *nEAP*, raramente consulta o médico. Na maior parte dos casos, o médico chega sempre muito tarde, pois como activo primário não possui experiência do doente nem se inquieta com isso. Quando vai ao médico, é para ouvir um conselho e trazer uma terapêutica que cumpre, mas não repete a visita. É dos clientes que menos suportam a estadia na sala de espera, que se não sentam, que passeiam nos corredores e observam cuidadosamente se a empregada deixou entrar alguém chegado depois dele. Quando isso acontece, e a empregada esclarece que se trata de um colega do senhor doutor, não compreende que os doutores precisem de ir ao médico como ele. Suspeita que a coisa não deve ser assim. Espera mais uns minutos, mas não volta lá. Submete-se ao tratamento prescrito com inteligência, mas no mínimo possível. Se a receita prescreve vários medicamentos, escolhe um deles, o que lhe parece mais eficaz e deixa os outros na farmácia. São optimistas e, portanto, indiferentes à doença, que não os inquieta. É fácil ocultar-lhes a gravidade do seu estado. É quase impossível impor-lhes a supressão do trabalho por pouco tempo que seja; a sua actividade não suporta a quietação. Quando reconhecem a gravidade da situação de doentes, também isso não lhes importa muito: pensam que não vale a pena alongar a vida se esta só puder ser mantida em regime de restrições. O *fleumático*, *nEAS*, tem fé na ciência que o médico representa e nem sempre no médico. São clientes fiéis, regulares e aparentemente obedientes. Mas a assiduidade não representa fervor no interesse da cura. Suportam resignados e pensam que nada pode alterar o decurso da enfermidade. Falam pouco e descrevem a doença esquematicamente, obrigando o médico a um grande esforço para colher as indispensáveis indicações. A visita ao médico é sempre adiada e temem que o pagamento da consulta lhes agrave a doença.

Os *amorfos* e os *apáticos* constituem grupos com características bem marcadas nas relações com o médico. Em geral, aparecem fora das horas da consulta, ou só nos últimos momentos, porque gastaram o seu tempo a falar na doença a toda a gente. Saúdam o médico com grande respeito e deferência e instalam-se o mais comodamente possível e sorridentes. É necessário que o médico, para interromper este desagradável silêncio, faça a primeira pergunta.

As respostas são proferidas cuidadosamente quanto ao esmero da forma, o que prova que o cliente não fala com o médico a linguagem de que usa todos os dias, da mesma forma que, se o médico o visita em casa, lhe oferece para lavar as mãos uma toalha nunca usada. O esmero da forma oculta o que o médico precisa de saber e na proximidade, em mistura com a opinião das pessoas de família sobre o caso, o médico dentre os díspares sintomas alegados interroga-se perplexamente sobre qual será, dentre todos, o que constitui a razão da visita. Aliás, eles também o desconhecem e é por indicação de terceiros que vão procurar o médico. Como se trata de pessoas que evitam contrariar alguém, também não contrariam o

médico, e a todas as perguntas respondem afirmativamente, acrescentando um «mais ou menos». Perante tais clientes o médico tem de permanecer em vigilante desconfiança se pretende apurar alguma coisa de seguro. As doenças são sempre as mesmas: dispneia, amenorreia nas mulheres, perturbações circulatórias nos membros inferiores, nervosismo e emotividade superficial. Outras perturbações são resultantes da superalimentação e da sedentariedade das suas ocupações. Aceitam a terapêutica sem discussão e para não esquecer as prescrições pedem ao médico que escreva as horas a que devem tomar as pílulas antes ou depois das refeições. O médico sente-se insatisfeito com este tipo de clientes, em geral obesos, lentos e imprecisos. Quando lhe aparecem vários no mesmo dia, o mau humor atinge-o, como a família o vem a verificar. Só não é assim quando o médico pertence ao mesmo tipo. Com os amorfos tem o médico as consultas mais demoradas e de mais incerto diagnóstico. O mesmo acontece com os apáticos que, na confusão do relato, se referem a tudo menos à pergunta feita pelo médico.



Do que acabamos de expor, inevitavelmente em resumo, acerca da importância da caracterologia para a medicina, podemos concluir que, diante de um auditório em que todos ou a maioria dos tipos caracterológicos estão representados, e representando eu um desses tipos também, revivemos a situação inevitável sempre forçosa já referida a respeito do médico e do doente. Alguns de V. Ex.<sup>as</sup> pertencem ao meu ou são próximos do meu tipo caracterológico, outros pertencem a tipos diferentes ou a tipos opostos. Durante a exposição reconheceram ou recusaram a inclusão nos paradigmas. Uns acharam convincente, outros apenas fantasia e não elaboração científica do conhecimento humano que a caracterologia nos permite. Mas todos, aceitando ou recusando, fizeram-no como reacção do seu tipo caracterológico, que é anterior e fundamento do modo de pensamento e sua estruturação científica. Não pode deixar de ser assim e, se alguém julgou o contrário, enganou-se mais uma vez. O tipo de compreensão é sempre relativo ao carácter.

Os homens não são iguais e não se compreendem, porque pretendem a todo o momento desconhecer que não são iguais. É possível também que para um auditório em que predomina a formação naturalista e, porventura, em alguns um conceito de ciência de base positivista, o exposto possa ser considerado como aventuroso, mas o próprio homem é uma aventura, como o médico muito bem sabe. Nada que ao homem se refira pode ser exacto no sentido das ciências exactas, e não vale a pena transpor o que só é possível à matemática para domínios que a ela não pertencem, precisamente porque ela abstraiu de si tudo quanto lhe

---

perturbava o necessitarismo dos processos adequados ao seu objectivo. Nada que diga respeito ao humano pode ser elaborado intemporalmente *sub specie aeternitatis*, nem metodicamente *more geometrico*. O essencial é a contingência de que o homem é o mais extraordinário expoente no seu comportamento. Não é a exactidão, mas o rigor que orienta o saber acerca do homem enquanto existente. E a caracterologia é a plena confirmação desta relatividade na compreensão do homem, do homem que tem hoje de reaprender o que durante alguns séculos tentou esquecer.

*Imprensa Médica*, Lisboa, n.º XIV, Nov., 1955.