Isaías Paim

Curso de Psicopatologia

6ª. reimpressão da 11ª. edição. Mais de 60.000 exemplares vendidos

E.P.U.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Paim, Isaías
Curso de psicopatologia / Isaías Paim. --
11.ed. rev. e ampl. -- São Paulo : EPU, 1993.

Bibliografia.
ISBN 85-12-40710-7

1. Psicopatologia I. Título.

93-0597 CDD-616.89

Indices para catálogo sistemático:

1. Psicopatologia 616.89

Isaías Paim

CURSO DE PSICOPATOLOGIA

11ª Edição Revista e Ampliada



E.P.U. EDITORA PEDAGÓGICA E UNIVERSITÁRIA LTDA.

Edições deste livro:

1ª edição, Editora Fundo de Cultura. Rio de Janeiro, 1969. 3.000 exemplares
2ª edição, Editorial Grijalbo. São Paulo, 1974. 3.000 exemplares
3ª edição, Editorial Grijalbo. São Paulo, 1975. 3.000 exemplares
4ª edição, Editorial Grijalbo. São Paulo, 1976. 3.000 exemplares
5ª edição, Editorial Grijalbo. São Paulo, 1977. 3.000 exemplares
6ª edição, LECH - Livraria Editora Ciências Humanas, 1978. 3.000 exemplares
7ª edição, LECH - Livraria Editora Ciências Humanas, 1979. 3.000 exemplares
8ª edição, LECH - Livraria Editora Ciências Humanas, 1980. 3.000 exemplares
9ª edição, E. P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 1982. 3.000 exemplares
1ª reimpressão da 9ª edição, E. P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 1983. 3.000 exemplares
10ª edição, E. P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 1986. 3.000 exemplares
1ª reimpressão da 10ª edição, E. P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 1988. 3.000 exemplares
2ª reimpressão da 10ª edição, E. P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 1988. 3.000 exemplares
3ª reimpressão da 10ª edição, E. P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 1991. 3.000 exemplares
11ª edição, E. P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 1993. 3.000 exemplares
1ª reimpressão da 11ª edição, E. P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 1996. 3.000 exemplares
2ª reimpressão da 11ª edição, E. P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 1998. 3.000 exemplares
3ª reimpressão da 11ª edição, E. P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 2000. 3.000 exemplares
4ª. reimpressão da 11ª. edição, E.P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 2004. 1.750 exemplares
5ª. reimpressão da 11ª. edição, E.P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 2006. 1.000 exemplares

Capa: Departamento de arte da EPU

6ª. reimpressão, 2008

ISBN 978-85-12-**40710**-4

© E.P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 1993. Todos os direitos reservados. A reprodução desta obra, no todo ou em parte, por qualquer meio, sem autorização expressa e por escrito da Editora, sujeitará o infrator, nos termos da Lei nº 6.895, de 17-12-1980, à penalidade prevista nos artigos 184 e 186 do Código Penal, a saber: reclusão de um a quatro anos.

E. P. U. - **Telefone** (0++11) 3168-6077 - **Fax.** (0++11) 3078-5803
E-Mail: vendas@epu.com.br **Site na Internet:** http://www.epu.com.br
R. Joaquim Floriano, 72 - 6º andar - salas 65/68 - 04534-000 São Paulo - SP
Impresso no Brasil Printed in Brazil

A Lúcia Holzer

Sumário

MS. PAULA JONAS
CRP 06/62340
2013

Prefácio XII
Prefácio à 10ª edição XV
Prefácio à 11ª edição XVII
Introdução 1

1. Alterações da percepção 5
Introdução psicológica 5
– Sensação 5
– Percepção 9
Patologia 13
Alterações na intensidade das sensações 13
– Hiperestesia 13
– Hipoestesia 13
– Anestesia 14
– Analgesia 14
Alterações da percepção 14
– Agnosias 14
– Agnosia visual 15
– Agnosia tátil 16
– Agnosia primária ou perceptiva 16
– Agnosia semântica 16
– Agnosia auditiva 16
Alterações da síntese perceptiva 16
– Ilusão 17
– Aberrações perceptivas 17
Valor semiológico 18

2. Alterações das representações 25
Introdução psicológica 25
Representação 25
– Imagens 28
– Imagem visual 28
– Imagens auditivas 29
– Imagens táteis 31

— *Imagens gustativas e olfativas* 32
— *Imagens cinestésicas* 33
— *Imagens cenestésicas* 34
— *Imagem visual intuitiva* 35
— *Imagem consecutiva* 36
— *Imagem fantástica* 37
— *Imagem onírica* 37
Imaginação 38
Patologia 41
— *Alterações da representação* 41
— *Alucinações* 41
— *Tipos de alucinações* 44
— *Alucinações visuais* 44
— *Alucinações liliputianas* 45
— *Alucinação autoscópica* 47
— *Alucinações extracampinas* 48
— *Alucinações auditivas* 49
— *Sonorização do pensamento* 51
— *Audição de vozes sob a forma de diálogo* 52
— *Audição de vozes que interferem na própria atividade* 53
— *Alucinações táteis e de contato* 54
— *Alucinações olfativas e gustativas* *56*
— *Alucinações cinestésicas* 57
— *Alucinações cenestésicas* 57
— *Alucinações psíquicas* 58
— *Alucinose* 59
— *Alucinose peduncular* 59
— *Pseudo-alucinações* 59
— *Visões fantásticas* 60
Fisiopatologia das alucinações 61
Diagnóstico das alucinações 64
Valor semiológico 64

3. Alterações dos conceitos 71
Introdução psicológica 71
Relações conceptuais 77
Patologia 78
— *Desintegração e condensação dos conceitos* 79
— *Perdas das relações conceptuais* 80
Valor semiológico 82

4. Alterações dos juízos 87
Introdução psicológica 87
Patologia 88
— *Conceito de delírio* 88
— *Delírio e deliróide* 90
— *Percepções delirantes* 92

— *Representações delirantes* 92
— *Cognições delirantes* 92
Modalidades de delírio 93
— *Percepção delirante* 93
— *Ocorrência delirante* 96
— *Reação deliróide* 97
— *Humor delirante e percepção delirante* 98
— *Tema do delírio* 99
Tipos de delírios genuínos 100
— *Delírio de perseguição* 100
— *Delírio de relação* 102
— *Delírio de influência* 104
— *Delírio de ciúme* *105*
— *Delírio de grandeza* 108
Teoria etiopatogênica do delírio 111
— *Reação vivencial* 112
— *Desenvolvimento* 113
— *Processo* 113
Valor Semiológico 114

5. Alterações do raciocínio 115
Introdução psicológica 115
Patologia 116
— *Inibição do pensamento* 117
— *Fuga de idéias* 118
— *Pensamento vago* 119
— *Interceptação do pensamento* 122
— *Compulsão a pensar* 123
— *Pensamentos feitos, inspirados e subtraídos* 124
— *Pensamento derreísta* 125
— *Concretismo* 126
— *Reificação* 129
— *Idéias prevalentes* 130
— *Pensamento obsessivo* 132
— *Perseveração* 133
— *Prolixidade* 134
— *Incoerência* 135
— *Pensamento demencial* 135
Valor semiológico 136

6. Alterações da memória 141
Introdução psicológica 141
Patologia 142
— *Hipermnesia* 142
— *Hipomnesia e amnesia* 143
— *Amnesia anterógrada* 145
— *Amnesia retrógrada* 147

— *Amnesia retroanterógrada ou total* 148
— *Amnesia transitória* 149
— *Amnesia lacunar* 149
— *Ilusões mnêmicas* 150
— *Alucinações mnêmicas* 151
— *Fabulações* 151
— *Fenômeno do já visto* 152
— *Criptomnesia* 152
— *Ecmnesia* 153
Valor semiológico 153

7. Alterações da atenção 161
Introdução psicológica 161
Patologia 170
— *Distração* 170
— *Hiperprosexia* 171
— *Hipoprosexia* 171
— *Aprosexia* 172
Valor semiológico 172

8. Alterações da orientação 181
Introdução psicológica 181
Patologia 186
— *Desorientação apática* 186
— *Desorientação amnéstica* 186
— *Desorientação amencial* 187
— *Desorientação delirante* 187
— *Desdobramento da personalidade* 188
— *Despersonalização* 188
Valor semiológico 189

9. Alterações da consciência 193
Introdução psicológica 193
— *Lucidez da consciência* 196
— *O inconsciente* 196
Patologia 200
1º) Alterações da consciência 200
— *Obnubilação da consciência* 200
— *Coma* 202
— *Delírio oniróide* 203
— *Amência ou confusão mental* 204
— *Estados crepusculares* 205
— *Onirismo* 207
2º) Alterações da consciência do eu 210
— *Êxtase* 210
— *Vivência de transformação do eu* 211
— *Transitivismo* 212

— *Possessão* 213
— *Estados segundos* 214
— *Convicção de inexistência pessoal* 215
Valor semiológico 215

10. Alterações da afetividade 219
Introdução psicológica 219
Patologia e valor semiológico 221
— *Hipertimia* 221
— *Hipotimia* 222
— *Apatia ou indiferença afetiva* 223
— *Sentimento de falta de sentimento* 225
— *Sentimento de insuficiência* 225
— *Sentimentos sem objeto* 225
— *Sentimentos inadequados* 225
— *Qualidades novas dos sentimentos* 226
— *Pânico* 226
— *Sentimentos de presença* 227
— *Irritabilidade patológica* 228
— *Tenacidade afetiva* 229
— *Instabilidade afetiva* 229
— *Incontinência emocional* 230
— *Sugestibilidade patológica* 230
— *Puerilismo* 231
— *Moria* 231
— *Angústia* 232
— *Ambivalência afetiva* 233
— *Fobias* 234

11. Alterações da atividade voluntária 237
Introdução psicológica 237
Patologia e valor semiológico 238
— *Estados de excitação* 238
— *Debilidade da vontade* 241
— *Estupor* 241
— *Negativismo* 243
— *Sugestibilidade volitiva* 243
— *Estereotipias* 244
— *Atos impulsivos* 245
— *Atos automáticos* 245
— *Tiques* 246

12. Alterações das tendências vitais 249
— *Introdução psicológica* 249
— *Patologia e valor semiológico* 251
— Alterações das pulsões de auto-conservação 251
— Anorexia 251

— Bulimia 252
— Malácia 252
— Mericismo 253
Alterações das pulsões sexuais 253
— Frigidez 253
— Fetichismo 254
— Exibicionismo 255
— Masoquismo 257
— Sadismo 257

13. Alterações da linguagem 259
Introdução psicológica 259
Patologia e valor semiológico 261
— *Alterações da linguagem oral devidas a causas orgânicas* ... 261
— *Disartria* 261
— *Dislalias* 262
— *Afasia* 263
— *Afasia motora* 264
— *Afasia sensorial (Wernicke)* 266
— *Afasia de Broca* 267
— *Afasia global* 268
— *Causas da afasia* 269
— *Disfemias* 269
— *Disfonias* 269
— *Alterações da linguagem oral da natureza funcional* 269
— *Logorréia* 269
— *Bradilalia* 270
— *Verbigeração* 270
— *Mutismo* 270
— *Mussitação* 270
— *Ecolalia* 270
— *Jargonofasia* 271
— *Esquizofasia* 271
— *Neologismos* 271
— *Estereotipia verbal* 271
— *Alterações da linguagem escrita* 272
— *Alterações dos movimentos de expressão* 272

Bibliografia 275
Índice onomástico 279
Índice analítico 281

Prefácio

A Psicopatologia tem por objeto o estudo descritivo dos fenômenos psíquicos anormais, exatamente como se apresentam à experiência imediata. Difere, porém, daquele tipo de "descrição coerente e completa, e em termos o mais simples possível", adotada pelas ciências naturais, porque o psicopatologista concentra a sua atenção naquilo que constitui a experiência vivida pelos enfermos. A falta de um método próprio para a investigação daquilo que é o seu objeto faz, no entanto, com que a Psicopatologia se ressinta da unidade e da generalidade que caracterizam a ciência em geral. Por isso mesmo, não se verifica uniformidade de conceitos, e o resultado imediato é a contradição fundamental observada nos livros da especialidade. A leitura de manuais como os de Karl Jaspers, Honório Delgado, Werner Wolff, Gabriel Deshaies, Carlos Pereyra e Célia Sodré nos deixa a impressão de que tratam de ciências inteiramente diversas. É evidente que essas contradições refletem as incertezas de uma época e a falta de uma orientação fisolófica segura para a pesquisa dos fenômenos psicopatológicos. Este livro também difere dos citados anteriormente. A matéria que apresenta consiste em aulas dadas pelo autor no Curso de Saúde Mental, da Escola Nacional de Saúde Pública. Por essa razão, a primeira parte do programa de Psicopatologia visa transmitir aos alunos os conhecimentos relativos à prática do exame psíquico dos enfermos mentais. É, portanto, uma Psicopatologia que, com justeza, se pode chamar de empírica, no sentido de que a experiência é o fundamento do conhecimento, como também pela exigência de que a *práxis* é o único critério da verdade do conhecimento científico.

Isaías Paim

Prefácio à 10ª edição

Apesar de ter surgido dentro dos hospícios de alienados, a *Psicopatologia* foi aos poucos ganhando autonomia, tornando-se na atualidade uma ciência independente da Psiquiatria. É, sobretudo, uma ciência pura, no sentido de que, em si mesma, não visa fins práticos. Presta a sua indispensável colaboração aos psiquiatras, psicólogos e sociólogos e, poder-se-ia dizer, a todo o grupo das ciências humanas. Até mesmo o historiador tem necessidade de conhecer os princípios fundamentais da Psicopatologia, pois só assim poderá descrever e compreender determinados comportamentos de líderes políticos que tentaram mudar os destinos da humanidade. Não será exagero afirmar que o político profissional também precisa conhecer Psicologia e Psicopatologia, porque, de posse desses conhecimentos, estará em condições de interpretar comportamentos anormais de graves conseqüências para o país.

Há anos venho tentando mostrar a necessidade de manter a *Psicopatologia* como uma ciência independente da Psiquiatria. No entanto, os tratadistas desta última ciência, em nosso país, têm demonstrado uma resistência obstinada em aceitar esta nova posição. Aferrados aos preconceitos herdados da cultura psiquiátrica tradicional, continuam descrevendo a Psicopatologia como um capítulo de seus tratados, sem perceber que, com essa atitude, revelam apenas atraso cultural.

Nada mais gratificante para quem exerce atividade intelectual do que o reconhecimento da utilidade de seu trabalho para a cultura do seu país. Ao atingir este livro a 10ª edição, num espaço de tempo não muito longo, sinto-me lisongeado ao verificar que várias gerações de psiquiatras e psicólogos encontraram em seu texto os elementos indispensáveis à sua formação neste campo do conhecimento humano. *Curso de Psicopatologia* é o único livro de ciência a alcançar um número tão expressivo de edições. Grande parte do êxito do livro se deve ao trabalho desenvolvido pela Editora Pedagógica e Universitária que, em vários setores especializados, vem prestando uma extraordinária contribuição ao desenvolvimento cultural do nosso país.

Isaías Paim

Prefácio à 11ª edição

Alan Bullock considera que a primeira década deste século representou um período extremamente fecundo no campo das artes e das ciências. Foram, precisamente, os anos compreendidos entre o início do século e a primeira guerra mundial que constituíram uma época de extraordinária criatividade e originalidade. Muitos dos artistas plásticos, escritores e cientistas chegaram a considerar que estavam vivendo uma nova era. Consideravam que estavam desenvolvendo uma nova maneira de encarar o universo físico, tanto em termos artísticos como científicos, pelo fato de terem surgido novas maneiras de compreender o homem e a sociedade, novas formas de expressão para encarar o desenvolvimento artístico e científico, formas de expressão que diferiam de tudo aquilo que havia existido anteriormente. Foi uma época de grandes inovações e as obras realizadas nesse período aí se encontram como testemunho vivo da transformação operada em todos os campos da atividade criativa do homem. Bullock afirma que, quem pretender entender a arte, o pensamento ou a ciência do nosso século, em qualquer dos campos mencionados, tem fatalmente de remontar aos primeiros quinze anos deste século. Em muitos casos, o poder de criatividade foi de tal ordem que impulsionou o conhecimento para muitos anos além de sua época, não como um desenvolvimento lento e progressivo, mas como um verdadeiro salto qualitativo, cuja originalidade não diminui quando suas possibilidades foram exploradas por gerações posteriores.

É no decorrer desses anos de intensa criatividade e originalidade, que se insere a monumental obra de Karl Jaspers, a *Allgemeine Psychopathologie* (1913). Ela representa uma obra original e criativa, tendo contribuído para a criação de uma nova ciência: a Psicopatologia. Jaspers não tem antecedentes históricos mediatos ou imediatos e é a partir do seu livro que os especialistas na área da saúde mental começaram a perceber que a Psicopatologia não podia continuar sendo confundida com a Psiquiatria. A primeira é uma ciência normativa, que estuda, investiga e classifica os fenômenos patológicos da mente humana e representa uma verdadeira psicologia do patológico. A segunda constitui um ramo da clínica médica aplicada, e tem por objetivo a prevenção primária, o tratamento e a assistência aos doentes mentais.

A contribuição de Karl Jaspers marca o começo de uma longa e complexa transformação na mentalidade dos psiquiatras. É bem verdade que muitos

desses especialistas continuam não aceitando a Psicopatologia como uma ciência autônoma, mas isso representa apenas uma resistência infundada ou uma incapacidade para compreender o novo.

Este livro, "Curso de Psicopatologia", foi escrito em 1960 e, durante uma década ele experimentou transformações impostas pelo curso de psicopatologia ministrado pelo seu autor. Somente em 1969, foi que surgiu a primeira edição. Em 1965, K. W. Bash publicou o seu *Lehrbuch der Allgemeinen Psychpathologie*. Há entre os dois livros uma grande semelhança. Diferem, contudo, em relação aos princípios normativos. Bash toma como base os princípios da "Gestalt" e da "Psicologia Analítica", de C. G. Jung. Enquanto o meu Curso de Psicopatologia se fundamenta na Fenomenologia de Husserl e na Epistemologia Dialética. No sentido de Husserl, a fenomenologia consiste na descrição pura do que está presente na vivência e, na opinião de Stumpf, a fenomenologia é uma ciência que estuda os fenômenos psíquicos em si, enquanto acontecimentos significativos.

A epistemologia dialética se apresenta como o resultado de uma descrição empírica do real. Admite que o conhecimento humano se faz a partir das sensações, fenômenos psíquicos elementares, e daí surgem como conseqüência natural a percepção, a representação e o conceito e, desse modo, possibilita os juízos e o raciocínio. Partindo destas bases, a Psicopatologia representa uma ciência pura que visa exclusivamente o conhecimento. Tem por finalidade estudar a vida psíquica anormal independentemente dos problemas clínicos. Tomando como fundamento uma escola de psicologia e de psicanálise, Bash comete o equívoco de incluir em seu livro um capítulo dedicado ao estudo das "Síndromes". A Psicopatologia nada tem a ver com síndromes mentais, transtornos mentais e diagnóstico de entidades nosológicas. Bash comete o mesmo equívoco de Kurt Schneider, que publicou a *Klinische Psychopathologie* onde estuda problemas gerais de clínica psiquiátrica diante dos quais adota uma postura doutrinária.

Schneider dedica alguns capítulos de seu livro ao estudo da "Sistemática Clínica e Conceito de Doença", "As Personalidades Psicopáticas", "Os Deficientes Mentais e suas Psicoses", "Estrutura das Psicoses de Fundamento Corporal", "Esquizofrenia e Ciclotimia". Por esta enumeração, verifica-se que, aqui, não estamos diante de um livro de Psicopatologia, cuja finalidade e objetivos são outros bem diferentes.

Alfredo Miralles escreve, na introdução à versão espanhola do livro de Bash, que sem o conhecimento da psicopatologia, no sentido de conhecer o conjunto ordenado de aspectos, conceitos e definições relativos às alterações da atividade psíquica, não é possível o exercício correto da psiquiatria. Neste sentido, a psicopatologia representa o ponto de apoio fundamental do exercício da clínica psiquiátrica.

Quando Jaspers lançou a sua Psicopatologia Geral estava longe de imaginar as repercussões e as influências que a sua obra viria exercer não só no "Instituto de Heidelberg", mas na Alemanha, na Espanha, na Suíça, no Peru e no Brasil. Ao entregar as provas do livro a Nissl, diretor do Instituto de Psiquiatria de Heidelberg, o famoso neuro-patologista devolveu-as e disse: "Não entendo muito disso, porém publique-o pois deve ser muito importante". Nissl,

intuitivamente, estava com a razão. O livro de Jaspers desencadeou um verdadeiro movimento de renovação da psiquiatria, ou melhor, transformou a Psicopatologia em uma ciência. O livro pretendia dar uma visão de conjunto do domínio da nova ciência, traçar a delimitação do seu campo de ação, estabelecer os conceitos fundamentais, abrir uma nova senda no campo de estudo e das pesquisas dos fenômenos psíquicos patológicos. Em lugar de criar um sistema com base em uma teoria, Jaspers apresentava uma ordenação nova e uma nova metodologia. O caráter metodológico do livro foi decisivo para aqueles que desejavam se aproximar do conhecimento científico da nova ciência. Como diz o autor: "A ciência exige o pensamento conceitual que seja sistemático e comunicável". Em sua proposta considerava que o domínio da psicopatologia se estende ao anímico que pode ser captado em conceitos de significação constante e de comunicabilidade.

O objeto primordial da psicopatologia é o acontecer psíquico realmente consciente. Pretendemos saber o que e como experimentam os seres humanos, desejamos conhecer a dimensão das realidades anímicas. E não só a forma de vivenciar dos seres humanos, senão também pretendemos investigar as condições e as causas das quais depende, as relações que são mantidas e os modos como se expressam objetivamente. No entanto, Jaspers adverte que a psicopatologia não tem por objeto todo o acontecer psíquico, mas somente as suas manifestações patológicas. Assim, o objeto da psicopatologia consiste nos processos psíquicos reais, suas condições e causas e suas conseqüências. A psicopatologia investiga o psíquico até os limites da consciência, porém nesses limites não pode encontrar de maneira alguma nenhum processo físico que corresponda diretamente às idéias delirantes que se apresentam de maneira espontânea, aos sentimentos espontâneos, às alucinações.

Em psicopatologia o fundamento real de nossa investigação é a vida psíquica compreendida, a que se encontra presente e se manifesta através do comportamento sensorialmente percebido e nas exteriorizações da linguagem. Pretendemos sentir, compreender, meditar a respeito do que se passa realmente na mente do homem enfermo psíquico. O impulso geral para a realidade é em psicopatologia o impulso para a vida psíquica real, que pretendemos conhecer em parte como objetos científico-naturais perceptíveis pelos sentidos. Sem a capacidade de captar intuitivamente os fenômenos patológicos que existem realmente no enfermo e sem a capacidade de imaginar o psicológico em sua plenitude não há possibilidade de fazer psicopatologia.

Jaspers sugere, finalmente, que o estudo da fenomenologia como um ramo da filosofia, tem uma significação muito importante na atitude humana do psicopatologista na prática e para a clareza de seus motivos no ato de conhecer.

Na seqüência e no decurso de oito décadas, pode-se contar nos dedos de uma única mão os países em que os psiquiatras se colocaram ao lado de Jaspers e passaram a considerar a Psicopatologia como uma ciência independente. As contribuições de Jaspers à Psiquiatria foram incorporadas sem discussão, mas quanto à Psicopatologia como ciência autônoma as resistências dos psiquiatras se assemelham à tendência natural de desconfiança do velho

em face do novo. Trata-se de uma resistência passiva alicerçada na ignorância mais do que uma inaceitação com base em motivos racionais.

Somente na Alemanha, Suíça, Espanha, Peru e Brasil a Psicopatologia de Karl Jaspers é aceita e as sugestões iniciais criaram condições para contribuições notáveis. Os exemplos estão ao alcance de quem quiser compreender a Psicopatologia como uma ciência. Neste particular, os psicólogos estão bem mais atualizados do que os psiquiatras.

Isaías Paim

Introdução

O termo *psicopatologia* é de origem grega — *psykhé*, alma, e patologia. Literalmente seria uma patologia do espírito. Essa concepção poderia levar a uma conceituação errônea do problema. A alma, o psíquico, no sentido de espírito, não pode adoecer e, desse modo, é impróprio falar de enfermidades da alma, o que constituiria uma "metáfora inaudita", conforme a enigmática expressão de Kronfeld. Só existe enfermidade no biológico, ou melhor, no antropológico. Por essa razão, Binswanger nos fala de uma "antropose", com o objetivo de indicar a preponderância dos sintomas psíquicos. É mais ou menos o conceito de Kurt Schneider, quando afirma que só existe enfermidade no corporal: "Os fenômenos psíquicos são patológicos somente quando sua existência está condicionada por alterações patológicas do corpo".

Jaspers fez a primeira tentativa de conceituar a Psicopatologia. Desde a primeira edição de sua famosa *Allgemeine Psychopatologie*, procurou conceituá-la como ciência pura que visa exclusivamente o conhecimento. Com essa orientação, a Psicopatologia tem por objetivo estudar a vida psíquica anormal independentemente dos problemas clínicos. Para Jaspers, a Psicopatologia "não tem a missão de recapitular todos os resultados, senão de formar um todo; sua função visa o esclarecimento, a ordenação, a cultura. Tem de *eslarecer* o saber nos tipos básicos dos fatos e na multiplicidade dos métodos, resumi-los numa *ordenação* natural e, finalmente, levá-los à autoconsciência no todo cultural do homem. Cumpre uma tarefa específica que vai além da investigação especial do conhecimento".

Em sua opinião, quando se estuda a Psicopatologia, deve-se levar em conta que "o fundamento real da investigação é constituído pela vida psíquica, representada e compreendida através das expressões verbais e do comportamento perceptível. Queremos sentir, apreender e refletir sobre o que realmente acontece na alma do homem. A inclinação geral para a realidade é, na Psicopatologia, a inclinação para a vida psíquica real. Pretendemos conhecê-la em suas conexões que, em parte são tão sensivelmente perceptíveis como os objetos das ciências naturais. Recusamo-nos a eliminar a vida psíquica real, cuja compreensão confere plenitude a nossos conceitos, por meio de pensamentos vazios oriundos de preconceitos, ou a substituí-la por construções de natureza anatômica ou de qualquer outra espécie. Sem a capacidade e a vontade de se representar em sua plenitude, não há possibilidade de se fazer Psicopatologia".

Desse modo, com esses objetivos precisos, Jaspers emprega o termo fenomenologia no sentido restrito de uma psicologia das manifestações da consciência, quer normais quer patológicas.

No sentido de completar o pensamento de Jaspers, diz Gabriel Deshaies que, na medida em que aspira ao conhecimento científico, "a Psicopatologia não se define por dogmas consagrados senão pelo objetivo de certa investigação sobre o homem enfermo". A psiquiatria clínica constitui um ramo da medicina aplicado às alterações psíquicas e seus problemas correlatos, como o diagnóstico, o tratamento e a profilaxia das doenças mentais. Enquanto a Psicopatologia tem um âmbito mais restrito, visando conhecer os fenômenos psíquicos patológicos e, assim, oferecer à psiquiatria as bases para a compreensão de sua origem, mecanismo íntimo e futuro desenvolvimento. Compete à Psicopatologia reunir os materiais para a elaboração da teoria do conhecimento dos fenômenos com os quais a psiquiatria possa coordenar sua ação curativa e preventiva.

Segundo Eugen Minkovski, o termo psicopatologia corresponde mais a uma "psicologia do patológico", do que a uma "patologia do psicológico". Em sua opinião, a psicologia do patológico se refere à descrição global da experiência vivida pelo enfermo, como expressão original da vida interior tal como o doente a constitui. Minkovski admite que uma parte das pesquisas de L. Binswanger e de V. von Gebsattel representa um exemplo desse tipo, como também as concepções de Bleuler quando estuda o conjunto da existência do paciente como forma de adaptação original à enfermidade. Neste sentido, a psicopatologia procura compreender os elementos específicos do *Erlebnisse* patológico do enfermo psíquico, permanecendo aberta a questão de se determinar qual o tipo de compreensão que se torna pertinente.

A preocupação por esses problemas data de mais de meio século. Já em 1914, o psicólogo e médico francês Charles Blondel, em sua obra *La conscience morbide*, chamava a atenção para o fato de que, em sua opinião, os psiquiatras não compreendiam o que se passava com os doentes mentais. Considerava que, quando se define a alucinação como "uma percepção sem objeto" ou quando se diz que "o delírio é um juízo falso ao qual se aferra o enfermo apesar de todas as provas em contrário", recorre-se a fórmulas verbais que, sem serem tecnicamente falsas, não levam a compreensão do que significa de fato, para o paciente, a experiência alucinatória ou delirante e o que realmente experimenta no curso de tais experiências. Blondel mostra que o enfermo psíquico vive em um mundo diferente, inacessível aos métodos de experimentação e introspecção. Considerava ainda que isto se aplica não só às psicoses maiores, como também aos sutis sentimentos de vagas ameaças e de despersonalização que ocorrem nos estados iniciais da esquizofrenia.

Foram essas dificuldades que levaram os psiquiatras a procurar apoio na fenomenologia, método de investigação que possibilita penetrar no mundo subjetivo dos enfermos psíquicos.

Para Jaspers, por exemplo, as vias de acesso ao fato psicopatológico são a *compreensão* e a *explicação*: a primeira é um método subjetivo; a segunda, um procedimento objetivo. A compreensão consiste num esforço de penetração e de intuição do fenômeno mórbido com seu significado, tal como o

considera o enfermo. A explicação é uma ação intelectual que completa a compreensão, por sua interpretação e ao estabelecer laços de causalidade entre os diferentes dados proporcionados pela observação. Jaspers centraliza a sua atenção no estudo do fenômeno psíquico fundamental: a vivência. Para alcançar a vivência é necessário fazer uma descrição minuciosa das experiências subjetivas do enfermo e classificá-las, depois de o examinador ter interpretado os fenômenos observados. Como as vivências do paciente são subjetivas e inacessíveis à observação direta, o observador procura estudar "diretamente as suas próprias vivências". É através da comparação entre as próprias vivências e aquelas captadas no indivíduo examinado que se pode chegar a uma verdadeira investigação fenomenológica. A essa metodologia, Jaspers denomina "penetração empática".

Para isso, é necessário interpretar os gestos, o comportamento, as expressões do enfermo. Não se trata de registrá-los, de maneira objetiva, mas de ensaiá-los, como faz um ator. Além disso, o interrogatório dirigido pelo examinador conduz à captação de confidências, autodescrições, através das quais se revelam as suas vivências.

O estudo desses elementos contribui para o conhecimento de três espécies de fenômenos: a) aqueles que conhecemos por nossa própria experiência; b) fenômenos que são acentuações, diminuições ou contaminações de experiências pessoais; c) fenômenos que se caracterizam pelo fato de não poderem ser representados no espírito de maneira compreensiva. No máximo, só podem ser abordados por analogia. A esse grupo pertencem as experiências que se denominam "primárias".

Posteriormente, a fenomenologia aplicada à Psicopatologia seguiu rumos diferentes dos preconizados por Jaspers. Ao invés de centralizar a atenção no fenômeno psíquico elementar, a *vivência*, como recomendava Jaspers, o psicopatologista toma, em primeiro lugar, como objeto de estudo, grandes conexões psíquicas, inclusive a totalidade da história vital interna. Nessas conexões psíquicas se inclui o vivido pelo enfermo, mesmo quando não tenha sido experimentado como um saber preciso. Em segundo lugar, o seu objetivo consiste na apreensão de significações essenciais e de estruturas básicas, o que difere da descrição estática exigida por Jaspers. E, por último, impõe uma completa transformação no método fenomenológico, que passa a ter como ponto culminante o *ato fenomenológico*, em que o psicopatologista exercita as suas possibilidades de intuição e reflexão — para extrair significações essenciais e estruturas básicas daquilo que foi vivenciado pelo enfermo, do seu mundo interior.

1. Alterações da percepção

Introdução psicológica

Sensação Em seu significado preciso, a sensação é o fenômeno psíquico elementar, que resulta da ação da luz, do som, do calor sobre os nossos órgãos dos sentidos. Existe uma relação causal entre o estímulo exterior e o estado psicológico ao qual designamos sensação. O neurofisiologista E. D. Adrian afirma, com base em suas experiências, que a nossa mente recebe todas as informações que podem ser obtidas das mensagens originadas nos receptores resultando que a projeção mental dessas mensagens é uma cópia próxima dos acontecimentos físicos, no nervo sensitivo. A única espécie de distorção que se produz na transferência do órgão sensorial à mente consiste em que as sensações aumentam ou diminuem uniformemente, enquanto a mensagem do nervo representa uma série de impulsos discretos com pausas intermediárias. É oportuno salientar, portanto, que há concordância entre as sensações e os estímulos que as produzem.

Em virtude de sua origem, classificam-se as sensações em dois grupos principais: externas e internas.

Ao primeiro grupo correspondem as *sensações que refletem as propriedades e aspectos isolados das coisas e fenônenos que se encontram no mundo exterior*. Ao conjunto das sensações externas chama-se *sensibilidade especial*, pelo fato de essas sensações se originarem de aparelhos especiais (receptores), os órgãos dos sentidos. Nesse grupo se incluem as sensações visuais, auditivas, gustativas, olfativas e táteis.

Denomina-se *estímulo* à causa física — som, luz — que atua sobre um dos nossos órgãos dos sentidos para produzir a sensação, e, *excitação*, à modificação física que a ação do excitante produz no órgão sensorial. Existem quatro espécies de excitantes: mecânicos, físicos (luz, som, calor), químicos e elétricos.

Para que se processe uma sensação são indispensáveis as seguintes condições: 1ª) a excitação de um órgão sensorial (receptor); 2ª) a transmissão da excitação, através de vias sensitivas, ao centro cortical; 3ª) a recepção pelo centro cortical. Exemplo: as sensações externas se produzem deste modo: um agente do meio exterior, um som, por exemplo, provoca uma impressão em nosso ouvido; essa impressão determina uma modificação no nervo

auditivo; em seguida, essa modificação é conduzida ao centro cortical correspondente. Ao atingir o cérebro, a excitação inicial é percebida como sensação. Do mesmo modo se explicam as sensações visuais, gustativas, olfativas e táteis. De acordo com o Prof. Rubinstein, a resposta específica de cada órgão dos sentidos aos estímulos que agem sobre ele é conseqüência da adaptação desse órgão a um tipo determinado de estímulo, resultado de maior sensibilidade elaborada pelo mesmo processo de evolução.

I. P. Pavlov chama de analisadores o conjunto anátomo-fisiológico que constitui os aparelhos sensoriais necessários à recepção das sensações. Os analisadores são formados de três partes essenciais: 1ª) receptor periférico, que recebe os estímulos; 2ª) nervos aferentes, que conduzem a excitação aos centros nervosos; 3ª) centros corticais, correspondentes à terminação das fibras nervosas, onde se processa a elaboração dos impulsos nervosos procedentes do exterior. A parte central é o órgão da síntese superior e da análise da excitação, ou, por outras palavras, é o portador de funções específicas e altamente desenvolvidas. O analisador funciona de maneira reflexa e como um todo único, de sorte que a perturbação de qualquer de suas partes impede ou altera o aparecimento das sensações. Por exemplo, as sensações auditivas podem ser alteradas ou abolidas em resultado de uma lesão do ouvido, de lesão do nervo auditivo ou de alteração do centro cortical correspondente à audição.

As estações centrais dos analisadores se acham localizadas no córtex cerebral, em áreas adaptadas à diferenciação das excitações externas e internas.

No segundo grupo se incluem as sensações internas, *que refletem os movimentos de partes isoladas do nosso corpo e o estado dos órgãos internos*. Ao conjunto dessas sensações se denomina sensibilidade geral.

Os receptores dessas sensações se acham localizados nos músculos, nos tendões e na superfície dos diferentes órgãos da economia. Esse grupo engloba três tipos de sensações: motoras, de equilíbrio e orgânicas. A denominação de *sensações proprioceptivas* é equivalente e preferível, porque a palavra *orgânica*, empregada neste sentido é um tanto arbitrária, visto que o olho ou o ouvido são órgãos tanto quanto o estômago ou os intestinos. As sensações motoras nos orientam sobre os movimentos dos membros e do nosso corpo. As sensações de equilíbrio provêm da parte interna do ouvido e indicam a posição do corpo e da cabeça. As sensações proprioceptivas se originam nos órgãos internos: estômago, intestinos, pulmões. Seus receptores estão localizados na face interna desses órgãos.

A sensibilidade geral manifesta-se sob a forma de sensações de fome, de sede, de fadiga, de mal-estar ou de bem-estar. Sob o nome de *cenestesia* agrupam-se as sensações internas muito vagas, indiferenciadas, que nos dão o sentimento de bem-estar. A cenestesia é o resultado da concordância das impressões que chegam aos centros corticais procedentes de todo o organismo. Os trabalhos de C. Bikov demonstraram que a base da cenestesia é constituída pelos "impulsos" dirigidos ao córtex, provenientes dos órgãos internos, os quais não são claramente percebidos pela consciência.

A existência e a realidade de uma sensação podem ser comprovadas pelo estabelecimento de uma correlação entre as modificações observadas e as

condições de estimulação. Desse modo, o registro eletroencefalográfico pode servir de meio para determinar a ação do estímulo sobre o órgão sensorial e a recepção pelo centro cortical.

A chegada da excitação à parte cortical do analisador pode ser pesquisada de maneira objetiva pelo registro dos potenciais bioelétricos do cérebro. Colocando-se os elétrodos em determinada região do córtex cerebral (no homem estas experiências têm sido realizadas no curso de intervenções neurocirúrgicas) é possível registrar as respostas do córtex a determinadas influências externas, manifestadas pelas alterações do ritmo dos potenciais elétricos do córtex. Como é sabido, no homem em estado de repouso predomina o ritmo alfa, isto é, as oscilações elétricas com uma freqüência de 9 a 12 ciclos por segundo. Quando aumenta a excitação, observa-se a inibição do ritmo alfa, que é substituído pelo ritmo beta, de maior freqüência (de 13 a 25 oscilações por segundo). Em alguns casos, observam-se oscilações ainda mais rápidas, com freqüência superior a 30 ciclos por segundo, que se denominam ritmo gama" (Rubinstein).

A existência e a realidade do despertar de uma sensação podem, também, ser demonstradas em algumas enfermidades orgânicas do sistema nervoso central. Em certos casos de hemiplegia acompanhados de afasia e agnosia, os enfermos perdem a capacidade de síntese (unificação) e fazem referência a sensações isoladas.

O psicofisiologista Johannes Müller criou uma teoria explicativa da sensação, partindo da observação de que os órgãos dos sentidos respondem à ação dos estímulos com sensações especificamente determinadas. Apoiava-se na observação da resposta do órgão sensorial aos estímulos exteriores: a retina, por exemplo, quando excitada por um foco de luz, responde com uma sensação luminosa; porém, a passagem de uma corrente elétrica sobre o olho determina o mesmo efeito, assim como a pressão sobre o olho produz uma mancha colorida.

Com base nessa observação Johannes Müller estabeleceu uma lei, extensível a todos os órgãos dos sentidos, a qual denominou "lei da energia nervosa específica".

A lei da energia nervosa específica estabelece que cada órgão sensorial e cada fibra nervosa transmitem uma alteração peculiar, isto é, uma forma específica de energia nervosa. Com este postulado negava-se, implicitamente, qualquer correspondência entre o conteúdo da percepção e o mundo objetivo.

As nossas impressões nada nos revelam sobre a natureza dos estímulos, mas apenas sobre os modos de reação específicos de cada um dos órgãos sensorais.

Diz William Stern que, se esta teoria fosse, realmente, uma interpretação correta e exaustiva dos fatos, "a percepção sensorial perderia o seu verdadeiro sentido: o de nos fornecer a imagem do mundo objetivo, e produziria um mundo fantástico, apenas dependente dos órgãos sensoriais. Pior ainda: não só *um* mundo fantástico, mas *tantos* mundos fantásticos quantos órgãos sensoriais com energias específicas existentes, porquanto o mundo de cor do nervo óptico nada teria a ver com o mundo de som do nervo auditivo".

Pesquisas neurofisiológicas mostraram que, na realidade, não existe uma atividade específica das fibras nervosas sensitivas correspondentes a cada um

dos órgãos dos sentidos. A peculiaridade da resposta de cada órgão sensorial é devida à área onde terminam as vias aferentes provindas do receptor periférico.

As sensações são os elementos estruturais simples da forma da percepção.

Em todo objeto de percepção exterior podem-se diferenciar qualidades que permitem individualizá-lo e doar significação ao percebido. São as cores e as formas, os tons e os ruídos, a impressão de mole ou consistente, de pesado ou leve, de liso ou rugoso, de quente ou frio, de amargo ou doce.

A análise do objeto dado à percepção permite diferençar estas qualidades simples, além das quais não é possível estabelecer nenhuma redução. Esses elementos simples, irredutíveis, são as sensações.

William Stern reconhece que "...muitos resultados científicos obtidos pela análise da percepção sensorial continuam válidos; não podem ser simplesmente relegados pelas novas perspectivas teóricas, mas precisam de uma nova interpretação e de um complemento, com base em investigações feitas com outros métodos e critérios".

O conceito de sensação, como dado psíquico elementar, desempenhou importante papel no sentido de estabelecer as relações mais simples entre as vivências psíquicas sensoriais e os processos biológicos e físicos que lhes servem de base. Para cada tipo de sensação foi determinado o processo fisiológico correspondente, ao tempo em que se determinava, de modo quantitativo, o estímulo físico excitante. Sem essas pesquisas sobre as sensações não teria sido possível o estabelecimento de leis relativas à ação dos estímulos físicos sobre os órgãos dos sentidos.

Além dessas conquistas proporcionadas pela psicofisiologia das sensações, foi possível determinar o mecanismo de adaptação dos órgãos sensoriais aos estímulos do meio exterior.

E. D. Adrian chamou de *adaptação* a diminuição progressiva da cadência dos impulsos nervosos engendrados em um neurônio sensitivo pela aplicação, ao receptor correspondente, de um estímulo que se mantenha constante. O mecanismo de adaptação de determinado receptor sensorial consiste na redução progressiva da excitação produzida, apesar de persistir o estímulo perturbador. Pode-se então determinar que "a sensibilidade do analisador se modifica sob a influência da adaptação do órgão dos sentidos ao estímulo atuante". Essas modificações podem ocorrer em todos os órgãos sensoriais e têm lugar no sentido de aumento ou diminuição da sensibilidade.

Em casos especiais, a pessoa não tem condições de adaptar os órgãos sensoriais aos estímulos do meio ambiente. Serve de exemplo um caso citado por Höffding, de um cego de nascença que recuperou a visão após uma intervenção cirúrgica. Mesmo depois de alguns meses de operado, ele achava muito desagradável andar nas ruas movimentadas. "A multidão de objetos vários e o movimento rápido das pessoas e dos veículos perturbavam-lhe a vista de tal maneira que acabava por nada ver; não tinha ainda desaparecido a impressão causada pelo último objeto percebido, quando o objeto seguinte provocava uma nova impressão. Aqui, portanto, as impressões particulares não se fundiam completamente, mas provocavam um caos que tornava impossível a percepção nítida."

Comentando esta incapacidade de adaptação sensorial a uma situação nova, diz Höffding que "em cada grau de consciência há um certo ritmo que as sensações devem observar para poderem ser independentes umas das outras".

As dificuldades de adaptação sensorial podem conduzir à fadiga local, com repercussões de ordem geral. Os transtornos neuróticos experimentais, de Pavlov, são produzidos pela aplicação sucessiva e rápida de estímulos muito fortes e insólitos, aos quais o animal não tem possibilidades de adaptação. Desse modo, rompe-se o equilíbrio entre o organismo e o meio, que determina o esgotamento do sistema nervoso central.

As graves perturbações de adaptação observadas em algumas enfermidades do sistema nervoso central mostram a importância da influência nervosa central nos mecanismos de adaptação.

Os importantes dados fornecidos pela psicofisiologia mostram a íntima conexão entre as sensações e os estímulos que as determinam. Dessa maneira, as sensações constituem um traço de união entre a consciência e o mundo. A comprovação desse fato permite afirmar que, na escala do conhecimento, as sensações ocupam o primeiro degrau.

Diz Lersch a esse respeito que, "se os órgãos dos sentidos não proporcionassem à nossa consciência a matéria-prima das sensações não teríamos consciência alguma do mundo e o círculo da vivência ficaria destruído".

Concluindo: no processo do conhecimento, as sensações ocupam o primeiro grau. Elas nos põem em relação com o mundo exterior, nos dão a conhecer os aspectos e as propriedades dos excitantes, isto é, das coisas que nos rodeiam. Do mesmo modo, as sensações nos indicam a posição do nosso corpo: percebemos o movimento e a posição de partes isoladas do corpo e as alterações no funcionamento dos órgãos internos.

O conhecimento que adquirimos do mundo exterior resulta das sensações que este nos oferece. Quanto mais desenvolvidos os órgãos dos sentidos e o sistema nervoso do animal, mais delicadas e mais variadas são as suas sensações. O aperfeiçoamento das sensações no homem está em grande parte condicionado por sua história social. O processo de desenvolvimento das sensações está intimamente ligado à atividade prática e, sobretudo, ao trabalho, dependendo das exigências que a vida e o trabalho apresentam ao funcionamento dos órgãos sensoriais.

Percepção O termo percepção é empregado correntemente para designar, em Psicologia, o ato pelo qual tomamos conhecimento de um objeto do meio exterior, *considerado como real*, isto é, *como existente fora da própria atividade perceptiva*. A maior parte de nossas percepções provém do meio externo, pois as sensações que os órgãos internos nos proporcionam são confusas e desempenham papel limitado na elaboração do conhecimento do mundo.

A tendência da Psicologia contemporânea é considerar a percepção como "a apreensão de uma situação objetiva baseada em sensações, acompanhada de representações e freqüentemente de juízos, num ato único, o qual somente pode ser decomposto por meio de análise" (López Ibor).

De acordo com a psicologia da forma, o ato perceptivo consiste na apreensão de uma totalidade, de natureza específica, verificando-se que sua orga-

nização, do ponto de vista funcional, não representa a simples adição de elementos locais e temporais captados pelos órgãos dos sentidos. Com efeito, a nossa experiência do mundo revela que não temos sensações isoladas, ao contrário, o que chega à consciência são configurações globais de sensações. O exame de uma consciência perceptiva mostra que as sensações isoladas nos oferecem qualidades dos objetos, dos seres ou de acontecimentos formando partes de unidades maiores e mais complexas, dotadas de forma e significação.

Diz Lersch que os conteúdos vivenciais simples, irredutíveis, comprovados pela experiência, são as sensações, que representam as condições prévias para a percepção. "Sem o material das sensações não existiriam percepções" (Lersch). No entanto, as sensações em si mesmas não nos oferecem o conhecimento do mundo, representam apenas os elementos necessários ao conhecimento.

Segundo C. von Ehrenfels, os objetos da percepção comportam duas espécies de qualidades: as qualidades sensíveis, como o *vermelho* ou o *verde*, e as qualidades formais ou qualidades de forma, como o *círculo*, o *quadrado*.

Ehrenfels apresentou o exemplo de uma melodia, em que as notas sucessivas da frase musical representam suas qualidades sensíveis. Mas as notas musicais, por si próprias, não constituem a melodia: se forem emitidas com pausas intermediárias muito longas não chegam a ser percebidas como tema do canto. Para que haja percepção da frase musical, é preciso que as notas se sucedam com suficiente rapidez para que se possa apreciar o seu efeito de conjunto, as qualidades de forma ou *Gestaltqualitäten*.

Ehrenfels indica que a realidade da forma pode ser confirmada, ainda, pelo próprio exemplo da melodia. Quando o trecho musical é executado com um ou dois tons abaixo, todos os elementos que o constituem são modificados, porém mantém-se o cântico idêntico: é que a relação das notas entre si e, conseqüentemente, a *forma* que dela resulta, permaneceram constantes. Ao contrário, mudando-se apenas uma nota de uma frase musical, a melodia pode ser destruída ou substituída por outra, uma vez que esta alteração determina uma completa modificação do conjunto.

Na percepção como totalidade, o fundamental encontra-se na tendência primária que organiza as impressões sensoriais de acordo com estruturas específicas, introduzindo originalidade e simplicidade, qualitativamente irredutíveis, como configurações e como unidade. O objeto sensível está sempre em relação com um fundo. O fundo pode ser constituído por excitações complexas, mas existe uma apreciável diferença subjetiva entre o objeto e o fundo. A essas formações psíquicas constituídas no ato perceptivo, C. von Ehrenfels denominou configurações, assim enunciadas:

1) as configurações contêm mais do que a simples soma de suas partes;

2) as configurações mantêm seu caráter e suas propriedades características, mesmo quando variam seu fundamento de modo determinado.

Aquilo que permanece invariável e reconhecível constitui o *invariante*, o caráter de configuração ou a configuração propriamente dita. São esses princípios denominados "princípio das propriedades da totalidade" e "princípio da transposição das configurações". A percepção proporciona dados sobre o físico, porém eles variam de acordo com as condições do fundo.

Em face desses postulados da psicologia da forma, William Stern interroga se o conceito de forma é exaustivo. Não há dúvida de que os conceitos de forma e de totalidade desempenham importante papel na psicologia da percepção. No entanto, a noção de forma necessita de complementaridade. "As formas percepcionais têm autonomia perante o que lhes é inferior: dão aos dados sensoriais, que nelas se estruturam, a sua garantia de significação, de integridade, de transpossibilidade" (Stern). Contudo, não são autônomas em relação ao que as supera; ao contrário, *recebem* de um princípio superior — o indivíduo que percebe — a sua garantia e mesmo a sua existência. "Não há forma sem aquele que forma." A consciência não é passiva, não é um espelho indiferente que reflete a realidade circundante. Ao contrário, toda consciência perceptiva é, no ato, doadora de significações.

Diz ainda William Stern que "as percepções aparecem como totalidades estruturantes, porque também a pessoa na sua totalidade apenas é capaz de compreender o mundo em totalidades mais *restritas*".

Os psicólogos da *Gestalt* reconhecem que a percepção consta de algo mais do que as "formas" estruturadas, embora insistam na preponderância da "forma". Apesar disso, muitos tipos de consciência perceptiva são destituídos de aspectos formais e não se destacam de nenhuma espécie de fundo. Esses tipos de percepção que, com muita dificuldade podem ser aceitos como formas estruturadas, são denominados pela *Gestalt* "formas pobres". Além disso, denominam "fundo" o campo da percepção que circunscreve as formas estruturadas, acentuando, desse modo, a correlação entre figura e fundo.

Os conceitos de "forma" e de "fundo" talvez se apliquem com mais propriedade às percepções visuais e, até certo ponto, às auditivas. William Stern cita vários exemplos de tipos de percepção aos quais, de modo algum, se pode aplicar a denominação de "forma" e muito menos de "fundo": "Um brilho avermelhado no céu; o rumor da cidade que, vindo de certa distância, penetra em meu quarto; um vento que me envolve suavemente; o perfume das flores numa sala em que entro — tudo isso representa, sem dúvida alguma, objetos de minha percepção sensorial, mas de modo algum 'formas'; faltam-lhes os contornos exteriores e a estrutura interna."

Refere Stern que estas percepções informes representam "conteúdos vivenciais independentes" e somente em determinadas circunstâncias podem *tornar-se* fundo: quando, por exemplo, "daquele brilho avermelhado sobressai fumo negro, ou quando a percepção auditiva de um carro que se aproxima sobressai do rumor difuso da rua".

Diz, ainda, Stern que a escala que vai da percepção informe à percepção estruturada não deve ser considerada como uma gama progressiva de nitidez, como se os valores aumentassem de modo gradativo. A percepção informe tem significado positivo em virtude de se encontrar "no pólo da máxima integração". Pelo fato de não ter adquirido relevo, "a percepção integra-se na totalidade da personalidade, penetra-a, passando a fazer parte dela". Nos casos em que há diluição da forma, torna-se difícil fazer a distinção entre percepção interna e externa. É por esse motivo que a percepção olfativa é muito mais subjetiva e integrada do que a percepção visual.

A percepção transcendente pode ser modificada em conseqüência de condições pessoais momentâneas. Nos estados de fadiga, os estímulos externos podem ser captados como sensações extremamente desagradáveis (hiperestesia), ou pela ação de determinadas substâncias químicas podem ocorrer verdadeiras "aberrações perceptivas", verificando-se que os objetos adquirem um colorido inteiramente estranho.

A percepção não é uma cópia, uma fotografia dos objetos do mundo exterior, ou o reflexo determinado mecanicamente pelo estímulo. No processo da percepção da realidade, acrescentamos aos dados fornecidos pelos órgãos dos sentidos elementos da memória e do raciocínio. Por exemplo, a percepção de uma laranja é o resultado de uma síntese de sensações de cor, forma, peso e odor, unidas à representação especial de sabor. Como, durante a vida, essas sensações parciais se apresentam aos nossos órgãos dos sentidos sempre unidas, elas terminam por formar a representação e o conceito de laranja. Basta a simples sensação de odor de laranja para despertar em nossa mente a série de representações a ela relacionadas. O ato de perceber objetos e fenômenos da natureza implica uma série de conhecimentos constituídos por representações e conceitos, que nos permitem apreender o significado dos objetos e fenômenos percebidos, o qual não se constitui pela simples justaposição e sucessão de sensações elementares. Além disso, em toda percepção existe o halo afetivo, que subsiste na imagem representativa. Observando estas particularidades da percepção, Störring escreve: "Em estado de vigília, o indivíduo recebe impressões sensoriais em sucessão constante. A maior parte das impressões, porém, não é captada com clareza de consciência. O fato de umas impressões serem captadas e outras não depende da atenção e, principalmente, da atitude pensada, do estado de ânimo e da situação afetiva de quem percebe. A possibilidade de selecionar espontaneamente as impressões sensoriais depende de uma série de processos ativos que muitas vezes ocorrem de maneira inadvertida. Verificamos assim que o ato de perceber e, em particular, o perceber observando de modo ativo, não é apenas uma função perceptiva, nem isolada e independente, mas uma função anímica complexa". Em seguida, conclui: "... toda percepção é composta, é um complexo de sensações, de relações espaciais e temporais, de rendimentos do pensamento e lembranças que, do ponto de vista da vivência, representa algo mais do que a simples soma dos elementos que lhe deram origem". No ato perceptivo se distinguem dois componentes fundamentais: a captação intuitiva, proporcionada pelos órgãos sensoriais, e a integração significativa, que nos permite o conhecimento completo do objeto.

F. Khaskashik lembra, a propósito, que as percepções "são subjetivas por sua forma (a subjetividade consiste em que elas existem em nossa consciência), e objetivas por seu conteúdo, sua fonte e sua origem. A *forma* subjetiva das percepções depende da estrutura dos órgãos dos sentidos e do estado geral do organismo. Mas o seu *conteúdo* objetivo, aquilo que elas reproduzem, não depende dos órgãos sensoriais, nem do estado do organismo, nem do homem em geral".

O conhecimento científico se baseia nos elementos fornecidos pelas percepções e, com o auxílio da abstração, cria idéias e conceitos gerais que

exprimem o desenvolvimento da natureza. Sem os órgãos dos sentidos não estamos em condições de conhecer o mundo objetivo.

As investigações da escola de Pavlov demonstraram que a base fisiológica da percepção "são os reflexos condicionados a estímulos complexos e a relações entre os estímulos, resultantes da atuação sobre os receptores de diferentes partes e qualidades dos objetos. Em conseqüência disso, no homem aparece a imagem complexa dos objetos. As conexões nervosas temporárias que se formaram anteriormente são a base fisiológica da experiência e influem sobre o conteúdo e a natureza das percepções" (Rubinshtein).

Patologia

Alterações na intensidade da sensações — As alterações na intensidade das sensações referem-se ao aumento e à diminuição do número e da intensidade dos estímulos procedentes dos diversos campos da sensibilidade.

Hiperestesia — Designa-se com esse nome o aumento da intensidade das sensações. Observa-se aumento da sensibilidade aos vários estímulos sensoriais nos estados de elevação da atividade pessoal. Acompanha-se, em geral, de exaltação dos reflexos tendinosos, diminuição do limiar da sensibilidade fisiológica e aceleração do ritmo dos processos psíquicos. A hiperestesia sensorial é freqüente nos neuróticos, nos estados de excitação maníaca de fraca intensidade, no hipertireoidismo, nos acessos de enxaqueca e, ocasionalmente, em casos de epilepsia.

Vejamos este exemplo citado por Kurt Schneider: "*Desde que sofri o ferimento na cabeça experimento, temporariamente, uma extraordinária acuidade auditiva, em intervalos de quatro a oito semanas, nunca durante o dia, senão à noite na cama. A transição é surpreendente e repentina. Rumores, os quais são quase imperceptíveis em condições normais, repercutem em mim com sonoridade absoluta, terrivelmente clara. Instintivamente procuro ficar em completa imobilidade, pois o simples roçar da roupa da cama e do travesseiro me causa um extraordinário mal-estar. O relógio de bolso sobre a mesinha de cabeceira parece transformado no relógio da torre. O ruído habitual dos coches e dos trens que passam, e que ordinariamente não me molesta, chega-me ao ouvido como um ruído estrondoso. Banhado em suor, permaneço numa imobilidade instintiva, para em seguida comprovar, de modo súbito, que tudo voltou ao estado normal sem transição alguma. Este fenômeno dura uns cinco minutos, os quais, no entanto, me parecem infinitamente longos.*"

Hipoestesia — Diminuição da sensibilidade especial. A diminuição da sensibilidade aos estímulos sensoriais é observada em todos os casos que se acompanham de depressão. Coincide com a diminuição dos reflexos tendinosos, elevação da sensibilidade fisiológica e lentidão dos processos psíquicos.

Em pessoas normais, pode ocorrer uma diminuição da sensibilidade sensorial em conseqüência de causas emocionais. "O espanto pode cegar-nos, não nos deixar ouvir nada; nos estados de angústia nos podemos tornar insensíveis às maiores dores, na cólera é possível que não se tome em consideração nenhum aviso nem obstáculo na realização de nossos desejos" (Bumke).

Observa-se a hipoestesia nos estados depressivos, no estupor, nas síndromes que se acompanham de obnubilação da consciência, nas depressões pós-infecciosas e pós-traumáticas.

Anestesia O termo anestesia é empregado para designar a abolição de todas as formas de sensibilidade. Nos casos de abolição da sensibilidade superficial em todas as suas formas, diz-se *anestesia superficial*. Encontra-se, geralmente, em afecções cerebrais focais, mas em clínica psiquiátrica é possível observar anestesias regionais em histéricos. Nesses casos, as alterações da sensibilidade, sua topografia e as modalidades qualitativas de suas alterações não obedecem às leis da inervação, de condução e sistematização das vias da sensibilidade. Diz Bumke que, na maioria dos casos de anestesia histérica, a perda da sensibilidade não é completa, mas seletiva, obedecendo sempre à ação de fatores afetivos.

Analgesia Perda da sensibilidade à dor, com a conservação de outras formas de sensibilidade — tátil, térmica e discriminatória. Ocorre em algumas afecções neurológicas, nas quais se verificam analgesias localizadas em uma zona determinada. Afastadas estas possibilidades, a analgesia pode ser observada, na clínica psiquiátrica, em casos de paralisia geral, catatonia, histeria e no estupor.

Alterações da percepção

Incluímos aqui as agnosias, as alterações da síntese perceptiva, as ilusões sensoriais e as aberrações perceptivas.

Agnosias Como já nos referimos anteriormente, a lesão de um órgão sensorial periférico, do nervo aferente ou da zona cortical de projeção correspondente determina o desaparecimento das sensações. Produz-se anestesia, surdez ou cegueira, segundo o órgão sensorial atingido. Quando a lesão se restringe à área cortical de projeção, o enfermo não tem noção da perda das sensações correspondentes, comportando-se como se as ignorasse — anestesia, cegueira, surdez corticais. Nos casos, porém, em que está conservada a integridade das vias nervosas centrípetas e existem lesões corticais na vizinhança da área de projeção (áreas para-sensoriais), especializada na diferenciação das sensações elementares, em seu reconhecimento e integração, mantém-se a integridade das sensações elementares, porém, há alteração do ato perceptivo. Nesses casos, fala-se de agnosia.

A agnosia não é uma alteração exclusiva das sensações nem exclusiva da capacidade de perceber objetos externos. Consiste numa alteração intermediária entre as sensações e a percepção. Em alguns casos, observa-se a perda da diferenciação da intensidade e da extensão das sensações, permanecendo inalteradas as sensações elementares. Trata-se, nesses casos, de agnosia perceptiva. Em outros, porém, há integridade e extensão, mas o enfermo perde a capacidade de reconhecimento dos objetos. Ainda que o paciente seja capaz de precisar todas as sensações elementares que o objeto lhe oferece, não tem condições de identificá-lo pelo nome. Diz-se nesses casos que o enfermo perdeu a "pregnância simbólica", que caracteriza a percepção normal, não sendo possível chegar ao reconhecimento do objeto senão por um meio discursivo, com base na interpretação dos sinais.

Um dos nossos enfermos, portador de hemiplegia direita e afasia, apresentava incapacidade de nomear os objetos pelo nome. Quando lhe entreguei um chaveiro, para que dissesse o nome do objeto que tinha na mão, pronunciou uma série de palavras como "frio", "liso", "duro", mas foi incapaz de dizer a palavra chaveiro ou simplesmente chave. Trata-se, nesse caso, de *assimbolia*. Em geral, não se pode estabelecer diferenciação alguma entre os casos de *agnosia* e *assimbolia*.

O exemplo de um enfermo de Kurt Goldstein, portador de agnosia visual, mostra como ele apelava para artifícios verbais com a finalidade de suprir as deficiências de reconhecimento dos objetos. Goldstein indicou um livro vermelho que estava sobre a mesa. O enfermo não o reconheceu, dizendo apenas que era "algo vermelho". Em seguida, o traçou sobre uma folha de papel e disse: "É um retângulo." Logo: "Há algo branco"... "um retângulo vermelho, no lado estreito branco; está sobre a mesa. Retângulo vermelho, branco, grosso, sobre a mesa; pode ser um livro."

Ao mesmo enfermo foi mostrado um quadro pendurado na parede. Fez uns traços no papel e disse: "Um retângulo... um retângulo na parede... retângulos na parede, quadros, janelas, marcos, portas, espelhos; deve ser um quadro."

O enfermo resolveu as provas estabelecendo relações analógicas, de artifício de linguagem que empregava de modo excelente.

Em comentário a este caso clínico, diz Kurt Goldstein que, neste enfermo, cujas relações com o mundo por intermédio da visão estavam muito reduzidas, carecendo por completo de reconhecimento visual e de imaginação, os instrumentos da linguagem adquirem a maior importância para manter contato com o mundo exterior.

A agnosia se manifesta sob várias formas, de acordo com as funções sensoriais atingidas pela lesão: agnosias visuais, auditivas e táteis.

Agnosia visual Distinguem-se uma série de agnosias visuais: de objetos, de formas, de cor e de espaço. Nos dois primeiros casos o paciente se mostra incapacitado para identificar o objeto ou a forma que se lhe apresenta, em virtude de se encontrar alterada a integração das sensações elementares (Conrad).

Na agnosia visual, segundo Bash, "os conteúdos da esfera óptica constituem para o paciente muito mais contornos, superfícies e cores, luzes e sombras, do que 'coisas' dotadas de realidade; com freqüência não se destacam

bem entre si, carecem de definição clara e patente e de relação nítida com o que se acha próximo a eles no espaço óptico, assim como de 'lugar' dentro do âmbito da vivência individual''.

E. Bay demonstrou que, nos casos de agnosia visual estudados em profundidade, foi possível comprovar a existência de defeitos sensoriais fisiológicos, os quais dependiam de lesões do lobo occipital na região da cissura calcariana. Os defeitos indicavam, também, que as vias ópticas ou suas projeções tinham sido atingidas.

Agnosia tátil Refere-se à incapacidade para reconhecer objetos mediante o sentido do tato, apesar da sensibilidade se encontrar conservada no fundamental.

Delay distingue duas formas de agnosias táteis:

a) *Agnosia primária ou perceptiva* — O transtorno recai sobre as qualidades dos objetos. O enfermo perde a possibilidade de discriminar as diferenças de intensidade e extensão das sensações táteis.

b) *Agnosia semântica* — Constitui a verdadeira astereognosia. Neste caso, a análise da forma é correta, porém o doente não pode identificar o objeto quanto ao seu valor e utilização, só o conseguindo através de deduções e suposições. A alteração é quase sempre unilateral. Esta agnosia, segundo Delay, é uma assimbolia.

Agnosia auditiva Neste caso, o enfermo ouve sons e ruídos, porém não os pode identificar; não os compreende. Por exemplo: não pode reconhecer um relógio pelo tique-taque ou um chaveiro pelo tilintar das chaves.

Alterações da síntese perceptiva

A síntese perceptiva é o resultado das ligações funcionais dos elementos nervosos, as quais refletem os aspectos particulares dos objetos e fenômenos da natureza. A percepção inclui elementos das excitações dos órgãos dos sentidos e dos órgãos internos, que alcançam os centros corticais. Na imagem perceptiva sempre estão incluídos os elementos das sensações. Entretanto, a percepção não é uma simples adição mecânica das sensações. A síntese perceptiva contém algo novo que não pode ser explicado apenas pelos elementos das sensações que a constituem. Além da série de representações e da integração significativa da imagem sensorial percebida, existe o halo afetivo inerente à percepção.

A percepção é sempre um processo de síntese em que se encontram sensações do meio externo e oriundas do próprio organismo. Desse processo de síntese participam também as sensações do sistema do labirinto.

As perturbações da síntese perceptiva determinam alterações primitivas na percepção dos objetos e fenômenos do mundo exterior e do próprio corpo. Nesses casos, observa-se não só a deformação dos objetos percebidos como a modificação de suas relações no espaço: o doente não pode precisar a distância em que se localizam os objetos com os quais se encontra em relação no momento. Quando as alterações da síntese perceptiva se referem ao próprio corpo, o enfermo percebe modificações em suas partes isoladas.

A explicação fisiopatológica dessas sensações deve ser encontrada na alteração da síntese cortical dos impulsos íntero e proprioceptivos.

Ilusão A ilusão é a percepção deformada de um objeto real e presente. Por si mesma, a ilusão não se constitui sintoma de doença mental. Em determinadas condições, entre as quais se incluem os estados emocionais mais ou menos intensos e a falta de atenção, podem ser observadas ilusões até mesmo em pessoas normais. A emoção tem o poder de transformar ilusoriamente nossas percepções. Diz-se comumente que não há lobos pequenos, todos são enormes, porque o medo intervém na apreciação das dimensões. Um estado emocional patológico pode intensificar ao máximo a tendência às ilusões.

Nos doentes mentais, as ilusões são devidas à perturbação da atenção, às influências emocionais e às alterações da consciência. No meio hospitalar, observa-se que certos pacientes têm uma tendência acentuada a apresentar fenômenos ilusórios. Exemplos: às vezes, um cobertor abandonado sobre o leito ou uma toalha pendurada são percebidos como figuras humanas. O martelo de percussão é confundido com um instrumento ameaçador. Muitos enfermos angustiados não permitem que se tome a pressão arterial, porque vêem no tensiômetro um instrumento perigoso, que pode ocasionar a morte. Alguns doentes manifestam receio das lâmpadas elétricas do teto: nas lâmpadas véem olhos ou aparelhos que emitem raios elétricos. Entre os equívocos sensoriais relacionados com o aparelho auditivo, observa-se com freqüência: numa conversação entre pessoas que se encontram próximas do doente, especialmente se esta é realizada em voz baixa, ouve frases relacionadas com a sua pessoa; no ruído da rua, ouve injúrias e ameaças. Deve-se fazer a distinção, nos doentes mentais, entre *ilusões* e *interpretações falsas* reveladas por muitos esquizofrênicos paranóides.

Aberrações perceptivas A expressão correta seria ''aberração cromática'', mas esta expressão tem um sentido definido em óptica, e serve para designar a anomalia na formação perfeita da imagem, provocada por uma lente. O fenômeno que se poderia chamar, em psicopatologia, de ''aberração sensorial'' consiste no fato de se emprestar cores inusitadas aos objetos exteriores. O fenômeno é observado na alteração perceptiva provocada pela mescalina, quando os objetos adquirem cores aberrantes, que não existem realmente. Esta alteração foi descrita numa auto-observação por Serko: ''... objetos inaparentes, que sempre passam despercebidos, como pontas de cigarro, fósforos queimados num cinzeiro, latas multicores abandonadas próximas de uma construção, visíveis de minha janela, manchas de tinta no escritório, as fileiras monótonas dos livros se iluminavam ao mesmo tempo em luzes brilhantes e coloridas, difíceis de serem descritas. Especialmente os objetos vistos de modo direto atraíam a atenção de forma irresistível por seu colorido extremamente vivo. Até mesmo as sombras no teto e nas paredes, as sombras pálidas refletidas no assoalho e nos móveis, tinham uma cor delicada, terna, que proporcionava um encanto legendário a toda a habitação.''

Valor semiológico

Anomalias da intensidade das sensações são observadas freqüentemente nos *neuróticos*. Os doentes se queixam de excesso de "sensibilidade" e procuram defender-se do acréscimo patológico das excitações procedentes do meio exterior. Bumke salienta um fato interessante: a contradição observada na conduta desses enfermos, os quais sofrem mais com a falta de consideração do ambiente do que com o ruído que nele se produz, tanto assim que grandes ruídos causados pelos próprios doentes passam inadvertidos. Em muitos casos de hiperestesia, admite Bumke, não há alteração das sensações, ao contrário, o que se verifica é o aumento de sua tonalidade afetiva. Nos *estados neuróticos climatéricos*, a hiperacusia torna intolerável o menor ruído.

Em alguns casos de *depressão* é possível observar a redução da sensibilidade aos estímulos sensoriais, de graus diversos, até seu desaparecimento momentâneo completo.

Damos, em continuação, este exemplo de Mariano Ibérico: "*É como uma onda de sofrimento, de incompreensão, de desarmonia, de impotência. Inesperadamente percebo uma sensação, muito íntima, de ausência de vontade de agir. Não experimento nenhum desejo. As sensações estão apagadas, descoloridas. Noto que a presença dos objetos não me atinge. É como se o mundo, subitamente, perdesse o seu colorido e se transformasse em um mundo amorfo, apagado, cinzento. Há ausência quase absoluta dessa força espiritual que representa o estímulo às nossas idéias e nos faz pensar. Parece que o meu receptor mental, que normalmente tem certa dotação de fluido gerador de força, está com a carga enfraquecida. É comparável à luz amarelada de um carro com o acumulador descarregado que só ilumina um metro à frente na estrada e torna impossível a visão em perspectiva. O que mais experimento é uma onda enorme de algo que significa mais do que sofrimento e impotência juntos, que asfixia o espírito. Sinto enorme arrependimento e pesar por ter causado tanto sofrimento aos meus, pois matei minha mãe de dor com todas as minhas loucuras. Tudo isso me faz desejar a morte.*"

Em comentário a este caso clínico, diz Mariano Ibérico que a cor e a alegria tinham desaparecido da vida desta pessoa.

Na *histeria* é possível verificar a debilitação e, até mesmo a abolição da capacidade de experimentar sensações em determinada região corporal.

As anestesias e analgesias constituem territórios fronteiriços entre a neurologia e a psicopatologia. São observadas, com mais freqüência, em afecções neurológicas, mas em psiquiatria não são raros os casos de anestesias histéricas. Observam-se, nesses casos, anestesias regionais, com a perda real da sensibilidade dolorosa em determinada parte do corpo.

Déjerine apresenta uma série de casos clínicos de pacientes histéricas, com anestesias regionais bem delimitadas.

Exemplos

a) "*Anestesia histérica com fraqueza do braço direito, em mulher de 28 anos, queixando-se de dores vagas na espádua do mesmo lado. As perturbações da sensibilidade são muito acentuadas e atingem o tato, a dor e a temperatura. Quando examinei esta paciente, que veio à consulta por causa das dores na espádua, ela não tinha sido ainda vista por um médico. Após a permanência de duas semanas no serviço, as dores e a anestesia desapareceram.*"

b) "*Anestesia total de tipo segmentar, atingindo todas as formas de sensibilidade superficial e profunda, com abolição do reflexo cutâneo plantar do lado correspondente e integridade dos reflexos do lado oposto, em uma iovem de 28 anos, padecendo há oito meses de contratura histérica do membro inferior direito. Neste caso, o reflexo da íris à dor estava conservado, pois uma picada enérgica da pele da região anestesiada produzia dilatação da íris.*"

Déjerine chama a atenção para o fato singular da anestesia histérica não corresponder a nenhuma topografia orgânica: "A anestesia histérica é paradoxal em suas manifestações, isto é, não determina, em geral, as perturbações funcionais que se deveriam logicamente esperar. Esta anestesia total não se acompanha de ataxia, nem de incoordenação, nem de perturbação funcional de nenhuma espécie".

Marinesco estudou as perturbações sensitivas nos histéricos com base na pesquisa dos reflexos condicionados, chegando a esta conclusão: "A comprovação da hemianestesia histérica, através de diferentes testes, nos autoriza a acreditar em sua realidade fisiopatológica, a qual é suscetível de ser evidenciada mediante métodos incontestáveis."

As pesquisas eletroencefalográficas de Titeca revelaram que, no indivíduo normal, em repouso absoluto, o ritmo alfa é perturbado quando se produz um estímulo doloroso. Nos *histéricos* a excitação dolorosa da área anestesiada não determina o bloqueio do ritmo alfa, o que serve para demonstrar a 'realidade' semiológica desta anestesia.

Na *excitação maníaca*, os enfermos não se preocupam com as impressões sensoriais procedentes do meio exterior, não percebem ou percebem de maneira incompleta as impressões intensas e, menos ainda, os estímulos sensoriais de fraca intensidade. Acontece aqui o oposto do que com os neuróticos, cuja receptividade sensorial está em geral exaltada, a ponto de lhes causar mal-estar a luz do dia ou um insignificante ruído que passa despercebido à maioria das pessoas. Os *melancólicos* costumam apresentar intolerância com as excitações sensoriais. Nesses casos, há não só hiperestesia, como certa tendência a modificar as sensações: o menor contato superficial é transformado em sensação dolorosa. Os *hipocondríacos* chegam a perceber claramente as funções orgânicas, nas quais concentram a atenção.

Na *obnubilação da consciência*, as sensações perdem a nitidez; o estado de inconsciência inibe a recepção das sensações. No *estupor*, nem sempre há elevação do limiar da sensibilidade aos diferentes estímulos sensoriais. Nos *estados crepusculares*, as sensações são imprecisas e, na maior parte das vezes, falseadas.

As alterações da sensibilidade têm uma importância extraordinária na *catatonia*. Os catatônicos apresentam diminuição da sensibilidade geral, com analgesia mais ou menos completa nos estados de estupor.

Na *deficiência mental* e nos *estados demenciais*, os enfermos não podem sentir tão vivamente, nem perceber com a mesma nitidez do indivíduo são.

Os *traumatismos encefálicos* determinam, de modo geral, o aparecimento de transtornos psíquicos de gravidade e duração variáveis de acordo com a intensidade do traumatismo e a extensão das lesões cerebrais. Em alguns casos, quando as lesões atingem as zonas para-sensoriais, verifica-se o aparecimento de *agnosia* — incapacidade de reconhecer os objetos por suas qualidades sensoriais. A *agnosia visual* é, entre os demais transtornos dessa natureza, a mais bem conhecida em sua origem. "As lesões responsáveis pelas agnosias visuais quase sempre são bilaterais e afetam as áreas occipitais 18 e 19, contíguas à área 17 onde terminam as projeções visuais" (Delay).

Observação de um caso clínico de agnosia visual, registrado por Kurt Goldstein:

"O paciente apresenta no campo visual manchas coloridas e incolores que mantêm certa distribuição. Diferencia bem se determinada mancha está mais acima ou mais abaixo, mais à direita ou à esquerda do que a outra, se é estreita ou ampla, se é grande ou pequena, curta ou alongada, se está próxima ou afastada. Apenas isto, pois as diversas manchas juntas suscitaram uma impressão confusa, não como nas pessoas normais, o de um todo especificamente característico e precisamente configurado. O enfermo não reconhece nenhum tipo de forma, nem sequer distingue o reto do torto. Porém, quando acompanhava as formas com a cabeça, conseguia reconhecê-las. Não consegue perceber nenhum movimento. De acordo com a sua exposição, quando via aproximar-se o bonde 'era apenas a uns cinco metros de distância'; comumente não 'via' nada e 'inesperadamente se encontrava diante dele! Um trem em marcha, que 'reconheceu', de modo claro, não foi visto pelo paciente quando se aproximava. Deduziu o movimento apenas pelo ruído. Quando certa vez desejou passear com a cunhada, esta o precedeu de uns vinte metros. Então pensou que a sua cunhada estava parada, não se movia e ficou surpreendido porque não conseguia alcançá-la. A distância não diminuía, apesar de estar ela parada e ele andando em sua direção. O que o paciente via era apenas um 'agora-aqui', 'agora-ali', faltava-lhe a impressão de movimento, como em condições normais, essa condição específica como as situações particulares isoladas uma das outras. No domínio tátil o enfermo tinha, ao contrário, impressões claras do movimento."

Diz Werner Scheid que, muitas vezes, por trás de uma agnosia óptica existe um déficit do campo visual total que impede a atualização da função. "Às vezes o transtorno do reconhecimento dos objetos se deve a uma síndrome de transição" (Scheid).

As *ilusões* apresentam-se com freqüência nos *estados maníacos*, em virtude das oscilações da atenção; nos *imbecis*, nos quais a capacidade de compreensão é muito reduzida; nas *alterações da consciência*; nas *enfermidades cerebrais orgânicas;* nos *estados de inquietação da melancolia* e em todas as formas clínicas de *esquizofrenia*. No *delirium tremens* as ilusões visuais são freqüentes.

A natureza das ilusões é determinada, em muitos casos, pelas preocupações do enfermo. A dúvida, a espera ansiosa, o temor, o medo patológico facilitam o aparecimento de ilusões.

As alterações da *síntese perceptiva* são observadas nas fases iniciais da esquizofrenia, na perplexidade e em casos de despersonalização. Os doentes

se queixam, por exemplo, de uma sensação de irrealidade, de estranheza, de transformação do mundo exterior, de que as pessoas e os objetos estão modificados. Um dos nossos enfermos, ao sair à rua, notava que as árvores estavam tortas, que os veículos, as casas, as pessoas e todos os objetos que caíam sob o seu campo visual estavam deformados. Essas sensações acompanhavam-se de um estado de ânimo angustioso.

Honório Delgado apresenta este exemplo de "sentimento de estranheza": *"Quando entrou o doutor Fernández fiquei suspenso, não pude concluir, em minha mente se produziu uma transformação, era como a roleta que dá voltas; os meus hemisférios e minhas circunvoluções davam voltas e se transformavam, eu mesmo não sei explicar. O senhor é o doutor Mengano? Existe o doutor Mengano? Não, não existe. O senhor me engana. Esta brincadeira de entrar um psiquiatra e me deixar suspenso, pensando, faz trabalhar mais o meu cérebro, causa desesperação... Eu me encontrava são e percebia as outras pessoas muito diferentes. Eu dizia... por que se transformaram, se antes era de outra maneira? A minha noiva me parecia diferente, apesar de que a sua voz era a mesma. Via coisas extraordinárias, transformadas, com novos aspectos. Enquanto isso, por causa de tanta mudança eu me tornara receoso, suscetível, desconfiado. Às vezes eu me sentia estranho. Coisas extraordinárias acontecem quando penso. Não, eu sentia muito bem que as outras pessoas estavam transformadas"*. Diz Honório Delgado que este enfermo repetia com freqüência: "As coisas estranhas me matam".

Conrad registrou algumas observações sobre este fenômeno, assinalando que "o familiar se torna subitamente *estranho* e não é reconhecido". A experiência se refere às pessoas, aos objetos e às paisagens.

Exemplos clínicos

1) *'Nas primeiras vezes que ia à cozinha (do hospital) para apanhar a refeição, cada dia parecia diferente, como se tivessem trocado tudo, como se tivessem mudado as coisas de lugar. Agora cada coisa está em seu lugar. Quando saí pela primeira vez com minha mãe, a casa em que reside o administrador me pareceu como se a tivessem transformado de repente, como se estivesse muito longe, e o pavilhão das irmãs, ao contrário, deslocado um pouco para mais perto. Tive, então, a impressão de que me influenciavam"* (Conrad).

2) *"O aspecto de todas as coisas está diferente, como se estivesse em outro país, em um continente estranho. Não é que as coisas tivessem mudado diretamente, senão que era como um filme. Como se tudo fosse artificial, como se fosse um filme com animais e pássaros e todas as coisas. Nos olhos também tenho algo: posso olhar para um ponto, porém se ao cabo de um minuto volto a fazê-lo, então tudo se transformou. Aqui existe algo que não combina"* (Conrad).

3) *"O sol me pareceu estranho, subitamente seguiu outra direção. Nas outras coisas não havia nada de peculiar, somente o sol se apresentava diferente durante o dia. Como isto era possível, não sei bem. Deve depender das estrelas, porque o sol é uma estrela"* (Conrad).

Em comentário a uma série de casos de estranheza do mundo da percepção, diz Conrad que, muitas vezes, ''... as coisas familiares não são reconhecidas, são rechaçadas como algo estranho ou pelo menos aparecem modificadas de modo estranho; e isto em relação a coisas sobre cuja autenticidade o enfermo jamais tivera dúvidas''. Acrescenta que muitas das vivências indicam que existe, indiscutivelmente, ''uma autêntica modificação do objeto percebido, modificação à qual poderíamos chamar de *qualidade de estranheza*, do mesmo modo como antes falamos de *qualidade do conhecido*''.

Nos casos em que a alteração da síntese perceptiva se refere ao próprio corpo, o doente se queixa, por exemplo, de que a cabeça está-se modificando de tamanho e que mudou de forma; parece às vezes que esta se separou inteiramente do corpo; percebe que os membros estão muito curtos ou muito compridos; ao mirar-se no espelho, verifica que o rosto está adquirindo um tom ''esverdeado de cadáver em decomposição''. Esta perturbação é chamada ''metamorfopsia''. Em alguns casos, observam-se também alterações da percepção das relações espaciais: o doente não pode determinar com precisão a distância em que se encontram os objetos. Assim, por exemplo, ao colocar um copo sobre a mesa, deixa-o cair ao solo. Esperando a condução, perde o ônibus, porque percebe-o a uma distância muito grande, quando na realidade já se achava no ponto de parada. Jaspers descreve as alterações da síntese perceptiva sob a denominação de ''estranheza do mundo da percepção''.

A *aberração perceptiva* é observada nos casos de intoxicação pelas drogas psicodislépticas e em formas iniciais da esquizofrenia. Em sua autoexperiência, Aldous Huxley, chamou a atenção para o fato singular de que a mescalina não produz alteração na identidade dos objetos e sim no conteúdo da percepção. A alteração consiste na maneira como os objetos familiares são percebidos. Foi exatamente a transformação na percepção dos objetos simples que mais despertou a sua atenção. Olhou para os livros da estante e percebeu: ''Livros vermelhos, como rubis, livros de esmeralda; livros encadernados em jade branco; livros de ágata, de água-marinha, de topázio amarelo; livros de lápis-lazúli de cor tão intensa, tão intrinsecamente característica que pareciam estar prestes a sair das estantes e arremessarem-se mais insistentemente de encontro à minha atenção.''

Esse enriquecimento da qualidade das coisas, esse emprestar um colorido especial aos objetos simples constituem, em muitos casos, o elemento mais importante na intoxicação pela mescalina. O fenômeno não se confunde com ilusões nem com alucinações. Por isso mesmo merece uma designação especial e é por nós chamado ''aberração perceptiva''. Encontra-se especialmente nas alterações produzidas pelas drogas psicodislépticas, embora seja possível que participe, também, da experiência esquizofrênica. O próprio Aldous Huxley cita este exemplo de uma paciente esquizofrênica: ''Lembro-me do que um velho amigo, de há muito falecido, contou-me sobre a doença da esposa. Um dia, nos primeiros estágios da enfermidade, quando ela ainda desfrutava intervalos de lucidez, havia ido visitá-la no hospital e dar-lhe notícias dos filhos. Ela o ouviu por algum tempo e então, de súbito, interrompeu-o: como poderia ele perder tempo com um casal de crianças ausentes quando tudo o que verdadeiramente importava, ali e naquele instante, era a indizível beleza dos desenhos que ele criava, em seu casaco marrom xadrez, a cada movimento de braços''. Nos dois casos, a consciência perceptiva adquire a capacidade transfiguradora, o que permite emprestar aos objetos exteriores desenhos e cores de uma beleza excepcional.

2. Alterações das representações

Introdução psicológica

Representação

As impressões sensoriais deixam a marca de sua ação, o efeito mnêmico, que pode ser revivido sob a forma de representação (ré-apresentação = reprodução da imagem de). Chama-se, portanto, representação o "ato de conhecimento que consiste na reativação de uma lembrança ou imagem mnêmica, sem a presença real do objeto correspondente". As representações são constituídas pelas imagens dos objetos e fenômenos percebidos nas experiências anteriores e evocadas de modo voluntário ou involuntariamente.

No ato perceptivo, o objeto se impõe por sua presença, por seu caráter de objetividade; na representação, ao contrário, o objeto não se acha presente, a imagem é projetada no "espaço interno", subjetivo.

A representação é a reprodução na consciência de percepções passadas. Do mesmo modo que a percepção, não pode ser considerada como cópia, fotografia ou reflexo dos objetos e fenômenos do mundo exterior. "A observação geral que podemos fazer acerca dessas representações sensíveis" — escreve Caio Prado Júnior — "é que elas não constituem reproduções rigorosas; e são mesmo, em regra, bastante afastadas do modelo sensível que as produziu." Acrescenta o autor citado: "A representação mental resulta das sensações elementares, isto é certo; mas, em seguida, passa a ter uma existência de certo modo independente desses elementos". "O que se grava na memória por efeito da percepção, a *impressão* que ela deixa e que constitui a imagem ou representação mental do objeto percebido, é um processo, um movimento do pensamento, e não uma situacão estática."

Representação e imagem são termos empregados em psicologia com idêntico significado. Diz-se, comumente, que temos uma representação quando a imagem de um objeto anteriormente percebido retorna à consciência. A imagem, neste caso, conserva alguns elementos sensíveis do objeto que lhe deu origem, porém os caracteres de sensorialidade da representação não são idênticos aos da percepção originária.

A distinção entre imagem e percepção foi indicada desde época muito antiga, de sorte que ficou mais ou menos estabelecido:

1º) Um objeto imaginado é percebido sem auxílio da parte periférica do órgão sensorial. Exemplo: o sol imaginado não ilumina nem aquece.

2º) À representação falta estabilidade, que caracteriza a percepção.

3º) A imagem é menos intensa e menos complexa do que o objeto que lhe deu origem.

4º) As sensações cenestésicas, táteis e cinestésicas que acompanham o estado primário estão ausentes no estado secundário.

5º) Os objetos percebidos, por causa dos nossos movimentos, são modificados conforme as leis mais ou menos conhecidas por nossa própria experiência, enquanto os objetos imaginados não seguem essas leis.

6º) Por último, as imagens têm caráter individual, não sendo idênticas para todas as pessoas colocadas nas mesmas circunstâncias.

Estes caracteres tradicionais permitem estabelecer a distinção entre percepção e imagem. Jaspers procurou fixar as características fenomênicas da percepção e da representação, adotando um critério diferencial entre as qualidades desses dois tipos de atos psíquicos (ver p. 27).

De tudo o que foi enunciado se depreende que as imagens são conteúdos representativos evocados e guardam alguns elementos sensoriais dos objetos e dos acontecimentos do mundo exterior. Apesar disso, não correspondem fielmente ao objeto ou ao acontecimento, conservando apenas alguns aspectos figurativos da realidade. Diz-se então que a imagem só aparece na ausência do objeto e sob a forma de reprodução interiorizada. De fato, a imagem visual reproduz de maneira aproximada a forma, as dimensões e a cor do objeto. Isto varia de acordo com o tipo do indivíduo. Ouando se trata de um tipo visual, as qualidades sensíveis da imagem podem adquirir acentuado grau de precisão. Ordinariamente, as imagens são opacas, cinzentas, destituídas de contornos nítidos. As imagens oníricas são dotadas de nitidez sensorial, mobilidade e contornos precisos, e as imagens auditivas alcançam maior precisão do que as visuais. Lotze disse que "a imagem não esclarece", significando com isto que à mesma falta o caráter de realidade atual e viva que se observa na percepção.

As imagens estão sempre matizadas de sentimentos. Segundo Lersch, nessa qualidade característica da imagem reside a força de sua impressão e encadeamento, o seu poder de despertar, repelir e atrair. "Cada imagem tem um rosto, possui caráter fisionômico e se manifesta, por isso, como viva, pois somente o vivo tem um rosto" (Lersch). Buytendijk também afirmou que as imagens "são aspectos subjetivos de determinados setores da realidade, fortemente matizados pelos sentimentos e importantes para o estado atual de nossa vida".

Percepção	*Representação*
As percepções são corpóreas (possuem caráter de objetividade).	As representações têm a natureza da imagem (possuem caráter de subjetividade).
As percepções aparecem no espaço externo.	As representações aparecem no espaço subjetivo interno.
As percepções possuem desenho determinado, se acham completamente e com todos os detalhes diante de nós.	As representações têm desenho indeterminado, se acham incompletamente e apenas em alguns detalhes diante de nós.
Nas percepções os diversos elementos da sensação apresentam todo o frescor sensorial; por exemplo as cores brilhantes.	Nas representações só ocasionalmente alguns elementos são adequados aos elementos da percepção. Mas quanto à maioria dos elementos, as representações não são adequadas. Muitas pessoas representam, opticamente, tudo de cor parda.
As percepções são constantes e podem ser facilmente retidas do mesmo modo.	As representações se esvoaçam e esboroam e devem ser criadas de novo.
As percepções são independentes da vontade, não podem ser evocadas nem modificadas arbitrariamente. São aceitas com o sentimento de passividade.	As representações dependem da vontade, podem ser evocadas e modificadas arbitrariamente. São produzidas com sentimento de atividade.

Ao dedicar atenção especial ao estudo da imagem, diz Rubinstein que a imagem de um objeto tem um conteúdo semântico. "Toda imagem representada por nós aparece correntemente em relação com determinado significado, o qual se manifesta em uma palavra que designa um objeto. Este conteúdo semântico é o denominador comum da imagem e o conceito na palavra; sua comunidade semântica supera a usual confrontação do lógico-conceptual e do gráfico-sensível, ao incluir ambos os fatores como membros necessários no processo mental real". Isto significa que a imagem mental não está isolada do objeto que lhe deu origem nem do conceito que ela própria originou. Ao estudarmos os conceitos teremos oportunidade de verificar que eles surgem da imagem, através do processo de abstração e generalização.

No sentido de uma possível classificação, as imagens podem ser simples ou complexas, de conformidade com o conteúdo objetivo. No primeiro caso, a imagem apresenta apenas uma qualidade das que podem ser percebidas

pelos órgãos sensoriais (uma cor, um som). São complexas quando se compõem de duas ou mais qualidades diferentes. De modo geral, as imagens próprias da imaginação criadora são sempre complexas. Assim são, por exemplo, as chamadas imagens genéricas, que resultam da fusão de muitas imagens de objetos semelhantes.

As imagens podem surgir na consciência de modo espontâneo ou provocado. Nos enfermos de neurose obsessiva, certas imagens se impõem à consciência, sem interferência consciente e contra a vontade do paciente. A imagem obsessiva tem a tendência de persistir de forma duradoura, como "um corpo psíquico estranho", causando mal-estar e sofrimento. O enfermo não tem possibilidade de exercer sobre ela qualquer influência pessoal. O fenômeno é vivenciado como algo patológico. Verifica-se aqui a perda da liberdade espiritual, que é sentida através da impossibilidade de afastar da corrente normal dos atos psíquicos as imagens indesejáveis que se impõem com extraordinária persistência.

As imagens correspondem aos diferentes campos da sensorialidade ou podem ser classificadas de acordo com a sua estrutura. Assim temos: imagens visuais, auditivas, olfativas, gustativas e táteis. As imagens correspondentes aos domínios de outros sentidos, como as cenestésicas e cinestésicas, são imprecisas. A experiência mostra que as imagens visuais e auditivas são mais facilmente evocadas e desfrutam de maior independência no conjunto da vida mental. As imagens visuais podem ser evocadas e combinadas dentro de quadros espaciais: pode-se evocar a imagem de uma pessoa, de uma cena ou de uma paisagem. Enquanto as imagens auditivas se apresentam e podem formar combinações apenas no tempo, como serve de exemplo a evocação de uma melodia.

Já assinalamos que a imagem conserva os elementos mais importantes dos objetos, abandonando caracteres secundários, não essenciais. A forma sensível da imagem é conservada. É por essa razão que os pintores e escritores podem utilizar voluntariamente as imagens quando pintam de memória ou quando descrevem cenas, lugares e acontecimentos que lhes são conhecidos. O pintor Horace Vernet era capaz de reproduzir de memória uma paisagem completa que tinha observado um pouco antes. As imagens desempenham importante papel na vida e na atividade profissional. Por seu intermédio é possível reproduzir o passado.

Irnagens

Descrevem-se os seguintes tipos de imagens:

Imagem visual Baseados nas percepções visuais formamos as imagens dos objetos, que podem ser evocadas espontaneamente ou de modo voluntário. Diz Georges Dumas que "... os elementos representativos (*qualificados, sensíveis*) da imagem visual são de duas espécies: coloridos e espaciais. Certos indivíduos imaginam melhor a forma, a linha; outros, a cor; mas não de modo exclusivo. Os objetos são imaginados não só com sua forma e o seu contorno, mas também com certo relevo. Em geral, os objetos aos quais se presta maior atenção se destacam mais coloridos e um pouco salientes sobre um fundo cinzento plano. Assim se constitui uma espécie de campo visual imaginário, variável conforme as pessoas e não correspondendo absolutamente ao campo visual real, pois as imagens podem ser projetadas em uma direção qualquer em relação à posição do corpo".

As imagens visuais estão projetadas no espaço interno e, em alguns casos, podem representar cenas, paisagens, quadros fixos e chegam a constituir uma espécie de campo de visão interna, denominado *campo de imagens visuais*. Este campo é bastante restrito nas pessoas dotadas de imaginacão visual fraca e muito amplo naquelas que possuem uma imaginação fértil. As qualidades das imagens visuais — nitidez, precisão de contornos — dependem de condições pessoais intrínsecas.

As pesquisas de Galton, a respeito das imagens visuais, demonstraram que os cientistas são pouco dotados de imaginação visual. Verificou ainda que a imaginação visual é bastante desenvolvida nas mulheres e nos jovens de ambos os sexos. A imaginação visual seria própria de certos povos, como também de determinados indivíduos. Alguns escritores são dotados de um talento especial para criar cenas que despertam imagens visuais nos leitores. Os pensadores, ao contrário, são muito pobres em imagens visuais.

E. Peillaube verificou, em inquérito abrangendo trezentas pessoas, que as imagens visuais e os conceitos abstratos se comportam de maneira antagônica. Admitiu, por isso, a existência de um *tipo concreto*, caracterizado pela predominância da imaginação visual e de um *tipo abstrato* para o qual as imagens não têm valor de sinal. Escreveu: "Sem dúvida, existem homens capazes da mais elevada capacidade de abstração, que são ao mesmo tempo dotados de imaginação viva e colorida: a faculdade de abstração pode mesmo comunicar um aumento de eficácia à de imaginar. Mas isto prova somente que a alternância dos dois processos é possível, ainda que seja no mesmo indivíduo. Duas atividades antagônicas podem, com efeito, se alternar. O que não pode acontecer é que elas se exerçam simultaneamente sem se anularem. Tal é o caso da imagem visual e da abstração". Spinoza tinha razão ao dizer que nossas idéias racionais são, como nossas percepções, *redutoras* de imagens.

Imagens auditivas O estudo das imagens auditivas tem sido negligenciado, tanto assim que muitos psicólogos chegam a duvidar de sua existência. Admitem outros que as mesmas são geralmente inferiores às imagens visuais, pois não são dotadas de nitidez nem de riqueza sensorial.

As imagens auditivas não têm um verdadeiro caráter sensorial, objetivo, porém existem no tempo. Isto pelo fato de não ser possível projetá-las no espaço interno, e a sua evocação se faz através de uma sucessão temporal.

Apesar de serem negligenciadas, as imagens auditivas têm existência real e desempenham importante papel em patologia mental. Tanto assim que as alucinações auditivas são mais ricas, mais freqüentes e muito mais importantes do que as alucinações visuais. Em algumas pessoas elas desempenham papel predominante, pois assim como existem os *tipos visuais*, também exis-

tem os *tipos auditivos*, e estes últimos são muito mais comuns não só no sentido de captarem conhecimentos mais facilmente através do aparelho auditivo como pelo fato de conservarem melhor um cabedal considerável de imagens auditivas.

A memória auditiva é muito mais importante para a aquisição de conhecimentos do que a memória visual e isto se deve, naturalmente, à capacidade de retenção das percepções auditivas e à facilidade na reprodução de suas imagens.

A audição mental de palavras e som é bastante desenvolvida nos músicos, especialmente nos maestros e compositores. Qualquer pessoa, por experiência pessoal, pode reproduzir uma melodia, e nos indivíduos de *tipo auditivo* esta particularidade pode chegar aos mínimos detalhes. Este problema foi objeto de uma pesquisa realizada por Buchez, há muitos anos, por inspiração das sessões realizadas pela *Société Médico-Psychologique*, sobre a natureza das alucinações. O inquérito foi endereçado a compositores e artistas, com a finalidade de estudar as imagens auditivas. Os principais regentes de orquestras de Paris responderam às perguntas do interrogatório, sendo que um deles afirmou que "... escutava em seu ouvido não somente os acordes e a sucessão de acordes, como também as sonoridades orquestrais, de maneira que podia apreciar o valor sinfônico e a significação instrumental". Concluiu que "aquele que não dispõe dessa audição interna não pode ser nem bom compositor, nem bom maestro".

Pierre Olerón assinala que as imagens musicais "... somente são nítidas e distintas na medida em que somos capazes de esboçar a sua imitação aproximativa". Considera que a lembrança de uma melodia, após ouvirmos um concerto, mostra que o fundo orquestral participa como matéria sonora, sensível, porém pouco estruturada. Diz ainda que a imagem auditiva de ruídos comuns, como os de trovão, tratores, aviões, é extremamente vaga e abstrata, comparada com os sons ouvidos mais raramente, mas que somos capazes de imitar, como, por exemplo, um canto de pássaro.

E. Peillaube, que dedicou um interesse especial ao problema das imagens auditivas, destacou a importante significação da *palavra interior*. Trata-se de uma palavra mental, sem existência objetiva, inteiramente estranha ao mundo físico, pois se refere a um estado do eu, a um fato psíquico. Diz Peillaube que a palavra interior "é uma manifestação sensível do pensamento". Refere que, quando nos encontramos inteiramente sós e nos lembramos de algo lido ou escutado, uma voz que não é outra senão a provinda de nós mesmos não pode compreender a repetição ociosa de nossos pensamentos. Quando refletimos sobre assuntos novos, não percebemos tampouco a presença da palavra interior; no entanto, ela está presente, acompanhando e expressando o pensamento. Algumas vezes ela se revela com certa intensidade: "À noite, quando apagamos a lâmpada e renunciamos por algum tempo à atividade reflexiva, à inteligência racional, à consciência; quando abdicamos de tudo e desejamos apenas o repouso. Mas o sono reparador tarda a chegar; atormentados pela insônia, não podemos *fazer silenciar* o nosso pensamento; nós o entendemos então, pois ele se acompanha de uma voz, de uma palavra interior, viva como ele, e que o acompanha em seu desenvolvimento; não somente a entendemos, mas nós a escutamos, pois ela contraria o nosso desejo, a nossa decisão, ela nos espanta e nos inquieta; ela é imprevista como um inimigo; tentamos combatê-la, afastá-la, para pensar em coisas indiferentes."

Em nenhum instante nos livramos da palavra interior, mesmo quando estamos falando ou quando escutamos uma pessoa. Ela serve de estímulo à linguagem exterior, completa as nossas palavras, corrige os nossos lapsos. Ela não cessa em momento algum, mesmo quando concentramos a nossa atenção em assunto que desperta o nosso interesse.

A palavra interior ocupa, portanto, todo o vazio deixado pela linguagem exterior e desempenha um papel extraordinário em nossa vida psicológica.

Peillaube acentua deliberadamente a significação da palavra interior, assinalando que "a imagem auditiva acompanha sempre a linguagem interior e, com freqüência, ocupa o primeiro plano. Desempenha um papel considerável na vida psicológica, sobretudo em certos indivíduos. Ela possui os traços essenciais aos quais se reconhece a imaginação. Como a imagem visual, ela tende a se realizar, a se representar. Após a sensação auditiva, ela conserva a sua inclinação mais ou menos para o seu ponto de origem, conservando não só o som percebido, como o timbre, a intensidade e a altura. A imagem auditiva tem menos determinações concretas do que a imagem visual, o que não a impede de ser também material; tudo nela é individual, particular e relativo".

A perturbação da linguagem interior (hiperendofasia) tem grande significação para a compreensão do fenômeno denominado em patologia mental sonorização do pensamento.

Imagens táteis As imagens táteis procedem das diferentes regiões da superfície cutânea e, em certos indivíduos, adquirem grande vivacidade e precisão. Admite-se que estas imagens não são evocadas de modo isolado, pois estão sempre associadas a outros tipos de imagens, como as visuais, auditivas e olfativas. As pesquisas neste sentido demonstraram que imagens táteis, de contato, olfativas, gustativas e cinestésicas não existem isoladamente, embora procedam de receptores periféricos distintos. A imagem tátil não reproduz a percepção originária em sua pureza, pois, em muitos casos, ela constitui uma configuração, em outros, porém, representa verdadeiras simplificações e pode apresentar os graus mais variados, desde a imagem concreta próxima da realidade até a imagem mais esquemática e desprovida de elementos sensoriais. Esse tipo de imagem tende a se degradar com o tempo, porém, quando está associada a intensos elementos afetivos, chega a adquirir maior densidade e consistência. Quando estas imagens estão relacionadas a experiências traumáticas passadas, especialmente de natureza sexual, elas têm uma tendência não só a persistirem no tempo, como se enriquecem em virtude das sucessivas evocações.

O acontecimento encontra a sua eficácia patogênica na violência e no caráter inopinado do seu aparecimento, como, por exemplo, a agressão sexual numa jovem. O traumatismo físico se transforma em trauma psíquico e é sempre de natureza sexual. As percepcões táteis e de contato passam a

representar um acontecimento pessoal na história do indivíduo, datável e subjetivamente importante pelos afetos penosos que pode desencadear. No entanto, a sua persistência não é ilimitada, pois, apesar do seu valor emocional, têm tendência a uma duração determinada. Diz Peillaube, a esse respeito: "A memória supõe, portanto, uma sistematização durável das imagens regida, quanto à sua origem e conservação, pela lei da *reintegração*". Mas, apesar de certas características desta sistematização, se reconhece a influência da dissolução das imagens táteis e de contato.

Diz-se comumente que a persistência das imagens táteis depende da natureza do objeto responsável pela impressão causada em alguma parte do corpo. As percepções táteis, oriundas das polpas digitais, assim como as de contato nos lábios e nas zonas erógenas, deixam marcas persistentes e podem ser evocadas como imagens táteis e imagens de contato. As pessoas do sexo feminino têm grande facilidade para reter os contatos relacionados com os órgãos genitais. Este fato desempenha importante papel em patologia mental. Existem, portanto, objetos que, por sua natureza, desfrutam de maior interesse do que outros e as suas imagens são fixadas na memória em razão desse mesmo interesse. Assim, graças ao interesse despertado pela intensidade e pela qualidade sensorial do objeto que provocou a excitação, isto contribui para influenciar a organização da impressão e, conseqüentemente, a persistência mais ou menos durável das imagens táteis e de contato.

As imagens táteis e de contato têm uma importância extraordinária no chamado delírio de perseguição física.

Imagens gustativas e olfativas

Estes dois tipos de imagens são estudados em conjunto por vários motivos: em primeiro lugar pelo fato da vizinhança das percepções olfativas e gustativas, pela pobreza de seus aspectos representativos (sensoriais) e, por último, por sua associação a estados afetivos. Os autores estão de acordo em afirmar a raridade da reprodução voluntária dessas imagens. Somente nos casos patológicos é que as imagens olfativas e gustativas se manifestam na consciência, isolada e espontaneamente, com perfeita nitidez sensorial.

Georges Dumas admite que a evocação espontânea dessas imagens é dificultada porque as imagens ricas em elementos representativos (sensoriais) raramente são despertadas por associação às imagens pobres nesses elementos, ao contrário, quando despertadas por esses últimos, chamam imediatamente a atenção dos seus portadores. Por motivos análogos — acrescenta — a evocação voluntária é dificultada por falta de associações preestabelecidas, a menos que o indivíduo tenha tido um treinamento especial (degustadores, cozinheiros, perfumistas). No entanto, os casos de revivescência espontânea ou voluntária, extremamente raros, são inegáveis. Peillaube apresenta alguns exemplos e cita uma estatística de psicólogos americanos, que encontraram 7% de imagens olfativas e 6% de gustativas no sonho. Nos casos patológicos, os conteúdos das imagens alucinatórias, tanto olfativas quanto gustativas, são sempre desagradáveis. Constitui uma raridade clínica a observação de alucinações olfativas de odor agradável.

Imagens cinestésicas

As imagens cinestésicas resultam de percepções "das sensibilidades proprioceptivas, que dão ao indivíduo consciência dos deslocamentos das diferentes partes do corpo, uns em relação aos outros, e dos deslocamentos globais do próprio corpo em estado de ausência de gravidade". Não se encontram imagens cinestésicas isoladas e especiais, visto que a percepção de qualidades sensíveis sempre é acompanhada de movimento. A marcha, que é um movimento automático, sempre se acompanha de percepções visuais, auditivas e táteis. Nos cegos, as percepções auditivas contribuem de maneira decisiva para a orientação e o desvio de obstáculos.

A descrença na existência de imagens cinestésicas especiais é devida ao fato de ser impossível a representação imaginativa de movimentos. A análise introspectiva descobre nessas representações muito pouco a respeito de outros elementos definidos além dos conteúdos visuais e táteis. Diz Spaier que aquilo que se denomina imagem cinestésica representa um conjunto de imagens visuais e táteis de movimento. Assevera que, no que se refere à sensibilidade propriamente muscular, articular e sobretudo vestibular, trata-se de algo muito problemático.

As imagens cinestésicas correspondem, naturalmente, às percepções resultantes das contrações musculares, dos contatos das superfícies articulares e, de maneira geral, dos movimentos do corpo: movimentos da cabeça, das mãos, da língua, dos olhos, das cordas vocais. Desde que estas percepções são possíveis, não se pode colocar em dúvida a existência das imagens cinestésicas. A linguagem proporciona imagens visuais e auditivas das palavras, como também de articulação, e motoras como conseqüência dos movimentos musculares e da mão no ato de escrever.

A percepção dos movimentos não é o resultado da soma de sensações isoladas, mas uma conseqüência de uma sucessão de impressões. Diz Peillaube que a comprovação deste fato supõe a existência de uma espécie de memória que fixa uma a uma as impressões, as conserva unidas e as faz reviver. Escreve: "A sensação cinestésica é, portanto, uma síntese, mas uma síntese tão imediata e de tal modo inconsciente que se pode chamá-la de sensação". Höffding já havia assinalado que as sensações em geral "trazem a marca de uma síntese, visto que elas se manifestam cada uma na consciência como expressão simples daquilo que, do ponto de vista fisiológico, aparece como um processo complexo". Acrescenta Peillaube que, se o papel da síntese e aquele da memória são mais manifestos na percepção dos movimentos, essas duas propriedades da consciência não são menos implicadas em toda percepção qualquer que seja o seu tipo.

As imagens cinestésicas resultam de uma variedade de percepções, o que é comprovado pela observação, sobretudo em casos patológicos.

Peillaube mostra a existência de uma série de argumentos teóricos favoráveis à existência das imagens cinestésicas: "Adquirimos hábitos de toda espécie, hábito de andar, de nadar, de fazer ginástica, de dançar, de cozer, de falar. Esses hábitos resultam de movimentos musculares, articulares, repetidos e coordenados, que se tornam fáceis, familiares e, finalmente, automáticos: eles supõem, por conseqüência, os resíduos motores e uma me-

mória desses resíduos. É possível, sem dúvida, que a execução de certos atos dependa exclusivamente de mecanismos formados na medula e no bulbo. Mas esses mecanismos não podem se organizar ou pelo menos completar sua organização sem a intervenção das imagens do movimento''. A dificuldade se encontra no fato de ser impossível esclarecer a revivescência dessas imagens.

Peillaube admite que em certas pessoas as imagens cinestésicas desempenham um papel equivalente ao das imagens visuais e auditivas nos tipos visuais e auditivos. ''No desenho, e em geral em todas as representações de formas e contornos, as imagens motoras têm uma parte de colaboração mais ou menos importante nas imagens visuais.''

Em conclusão ao seu amplo estudo sobre as imagens cinestésicas, diz Peillaube que ''a imagem motora, como todas as imagens, mantém estreitas relações com a sensação. Ela tende a se realizar e ela se realiza de fato nos estados mais ou menos mórbidos. O seu papel é universal em psicologia; não somente ela constitui a forma predominante na memória e na imaginação de certas pessoas, como exerce a sua influência em todos os modos de atividade da vida interior''.

Imagens cenestésicas — As sensações cenestésicas proporcionam a percepção e, ao mesmo tempo, o sentimento de existência do nosso corpo.

A existência de imagens cenestésicas é contestada por muitos psicólogos, mas, se a evocação dessas imagens não representa uma prova concludente, a patologia mental comprova a sua existência.

Spaier admite a existência de percepções internas, mas considera impossível separá-las de vagas noções espaciais de ordem visual e táteis e, sobretudo, das impressões de prazer e desprazer. ''Mal localizadas, mal isoladas e indistintas, elas não se prestam jamais à evocação, e nos sonhos — onde, como todas as imagens, costumam aparecer com o máximo de intensidade e nitidez — é impossivel afirmar que não se trata de verdadeiras percepções ampliadas e desfiguradas pela interpretação extravagante do sonhador'' (Spaier).

Em sua opinião, o termo cenestesia designa um conjunto de impressões complexas e confusas, sendo muito difícil determinar a sua qualidade especifica. Considera que as imagens cenestésicas desempenham papel pouco expressivo, se é que de fato elas têm realmente alguma significação.

Georges Dumas também considera duvidosa a existência independente de imagens cenestésicas. Não há dúvida de que as sensações internas determinam o aparecimento de percepções cenestésicas, porém, nada prova que as imagens correspondentes possam ser evocadas de modo espontâneo ou provocado. Pelo fato de serem muito pobres em elementos representativos (sensoriais), torna-se difícil analisá-las ou estabelecer comparação com outros tipos de imagens. Nem sempre se acompanham de um forte sentimento de prazer ou de dor, que permita considerá-las objetivamente e estabelecer uma ligação duradoura com percepções e imagens mais enriquecidas. Por outro lado, os estímulos orgânicos não podem ser vistos nem pesquisados. As sensações cenestésicas são vagamente localizadas e nenhuma noção de causalidade lhes pode ser atribuída.

Dumas afirma que ''... a evocação voluntária da imagem cenestésica é, pode-se dizer, impossível, por falta de pontos de referência. O seu aparecimento espontâneo, considerado como freqüente, principalmente no sonho e em certos estados patológicos, onde faz parte integrante das alucinações cenestésicas, é também duvidoso, e nesse sentido nada permite afirmar ou negar a origem periférica ou central do fenômeno'' (Dumas).

O conhecimento das imagens cenestésicas foi enriquecido e aprofundado através das pesquisas psicopatológicas, que revelaram a sua existência real em vários transtornos psíquicos, especialmente nos delírios hipocondríacos e na esquizofrenia.

Outros tipos de imagens que interessam à Psicopatologia:

Imagem visual intuitiva — E. R. Jaensch, professor de Psicologia da Universidade de Marburgo, propôs a denominacão de imagem eidética para caracterizar certo tipo de imagem visual subjetiva que, por suas qualidades de clareza, riqueza de pormenores e origem intuitiva, difere muito pouco da percepção visual. Esse tipo de imagem foi observado com maior freqüência em jovens, em estado de vigília e em perfeitas condições de normalidade psíquica. As características principais das imagens eidéticas consistem em riqueza de pormenores, intensidade, colorido, plasticidade, duração e origem intuitiva. Os fatores afetivos podem exercer influência sobre elas, como também a imaginação. As imagens eidéticas têm uma curiosa propriedade, que é a sua *extrajeção condicionada*. Em virtude disso, podem ser projetadas sobre qualquer lugar no espaço, sendo observadas preferentemente sobre fundos lisos e cinzentos, o que faz com que possam mudar de conteúdo e tonalidade de acordo com o fundo sobre o qual aparecem projetadas.

As pessoas dotadas da capacidade de vivenciar imagens eidéticas podem, com os olhos abertos, perceber nitidamente um objeto ou pessoa ausente há pouco ou muito tempo. Se a pessoa tiver possibilidade de expressar-se através do desenho ou da pintura, será capaz de reproduzir o objeto com inteira fidelidade, não esquecendo pormenores, de tal forma que, embora se trate de cópia de imagem evocada, a mesma conserva absoluta coincidência com o estímulo sensorial. Jaensch assinalou que esse tipo de imagem obedece à ação das tendências afetivas, indicando que a formação da imagem eidética está dirigida por dois mecanismos: o primeiro elimina qualquer traço desagradável ou antiestético, e o segundo impede a formação de imagens que não sejam agradáveis ao indivíduo. O conhecimento das imagens eidéticas tem significação em psicopatologia, em virtude de ser possível confundi-las com fenômenos francamente patológicos.

A imagem visual intuitiva tem muita semelhança com certas alterações da representação, observadas em esquizofrênicos, que apresentam extrema dificuldade em sua interpretação e classificação. Um dos nossos doentes, esquizofrênico paranóide, tinha a possibilidade de perceber, à distância, ''o semblante das pessoas''. ''Sei se estão alegres ou tristes, ou se fazem algum gesto ou se estão de cara feia.'' Em certa ocasião ele percebeu de modo claro a imagem de um seu amigo, que se encontrava na Europa: ''De lá ele me mostrou alguma coisa que não consegui perceber o que era''. É possível que esse

fenômeno de tipo alucinatório tenha algum parentesco com o eidetismo. Salzman e Machover consideram que as alucinações visuais dos alcoolistas têm íntima relação com o eidetismo.

Em pessoas dotadas de disposição eidética, as simples representações da fantasia podem adotar o aspecto de visões, com todas as características da percepção. Störring cita este exemplo: "*Uma pessoa de disposição eidética visitou, depois de alguns anos, uma família amiga, e, ao subir a escada, foi saudada pelo ladrar do cão, que já era seu conhecido. A pessoa o acariciou, fato que muito agradou o cão. Ao cumprimentar os amigos, contou-lhes que o cão o havia reconhecido imediatamente, ao que se seguiu um silêncio embaraçoso, pois, momentos depois uma pessoa da família comunicou-lhe que o cão havia morrido há mais de um ano*".

Em comentário, diz Störring que muitos eidéticos com capacidade de perceber acontecimentos futuros se acham convencidos de que suas visões da fantasia estão relacionadas com acontecimentos futuros (premonição). Investigações realizadas por K. Schmëig revelaram que os chamados *videntes* são indivíduos altamente dotados de capacidade eidética.

Imagem consecutiva É a conseqüência de estímulo sensorial intenso e duradouro, persistindo depois da cessação do estímulo. Após fixar um foco luminoso forte, a imagem luminosa persiste e é projetada para o exterior, manifestando-se com uma tonalidade diferente na percepção visual. Por exemplo, ao fixar por alguns segundos o foco luminoso de um projetor de *slides*, a imagem consecutiva, projetada sobre qualquer superficie para a qual se desvie o olhar, manifesta-se como um ponto luminoso móvel, de tonalidade esverdeada.

A imagem consecutiva segue-se imediatamente ao estímulo sensorial, mas, progressivamente, vai-se diferenciando pela degradação progressiva de seus caracteres até o desaparecimento completo. Mesmo quando a imagem consecutiva conserva nitidez e corporeidade idênticas à percepção original, é menos estável, pois muda e se atenua de modo progressivo, sendo influenciável pela vontade, uma vez que a atenção pode acentuá-la e o interesse destruí-la com facilidade.

As imagens consecutivas mais comuns à experiência são: a persistência da imagem solar ou de um foco luminoso, fixado de modo demorado, e o som de uma sirene, depois de ter cessado, repentinamente, a excitação sobre a retina e o tímpano. Algumas pessoas que estiveram viajando durante dias a bordo de navios se referem à persistência da sensação de balanceio após o desembarque.

Às imagens consecutivas se deve, no plano visual, a impressão de movimenfo contínuo que nos oferece a projeção de um filme cinematográfico, em que as cenas se sucedem de modo tão rápido que as imagens se fundem de maneira consecutiva.

Nos casos de hiperestesia, em que se observa o aumento patológico da intensidade das sensopercepções, a produção de intensas imagens consecutivas conduz a exagerar a duração do estímulo. Desse modo, observa-se que essa persistência causa intenso mal-estar, e os pacientes se queixam de não

poder suprimir esse tipo de "eco sensorial" originado pela existência de imagens consecutivas anormalmente duradouras.

Imagem fantástica A imagem fantástica tem como característica principal o fato de não corresponder a nenhuma experiência sensorial concreta e ser o resultado da integração de elementos correspondentes a diversas imagens visuais. Por essa razão, é considerada como o produto da livre atividade da imaginação, que recebe aqui o nome de fantasia. Os seus traços essenciais são idênticos aos da imagem visual, porém é possível estabelecer entre elas algumas diferenças. A imagem visual, embora não desfrute dos caracteres de sensorialidade da percepção original, reproduz o objeto em sua situação primitiva, sobre fundo variável, com algumas particularidades características, despertando lembranças e pensamento a que esteja relacionada. As imagens fantásticas são experimentadas num estado em que a lucidez da consciência está reduzida. O aparecimento da imagem é acompanhado de um sentimento de que se está diante de algo novo e fantástico. As imagens visuais são produzidas com maior fidelidade do que as de fantasia. Nos estados de normalidade psíquica, as imagens fantásticas são admitidas como produto livre da atividade intelectual. Exemplos típicos de imagens fantásticas são encontrados nos contos de fadas, nas lendas populares, povoadas de animais imaginários, como o dragão, o centauro.

A originalidade de certos escritores se encontra justamente no emprego de imagens da fantasia:

"*Remedios, a bela, ficou vagando pelo deserto da solidão, sem cruzes nas costas, amadurecendo nos seus sonos sem pesadelos, nos seus banhos intermináveis, nas suas refeições sem horários, nos seus profundos e prolongados silêncios sem lembranças, até uma tarde de março em que Fernanda quis dobrar os seus lençóis de linho no jardim e pediu ajuda às mulheres da casa. Mal haviam começado, quando Amaranta advertiu que Remedios, a bela, chegava a estar transparente de tão intensamente pálida.*

— 'Você está se sentindo mal?' — perguntou.

Remedios, a bela, que segurava o lençol pelo outro extremo, teve um sorriso de piedade.

'Pelo contrário' — disse — 'nunca me senti tão bem'.

Acabava de dizer isso quando Fernanda sentiu que um delicado vento de luz lhe arrancava os lençóis das mãos e os estendia em toda a sua amplitude. Amaranta sentiu um tremor misterioso nas rendas das suas anáguas e tratou de se agarrar no lençol para não cair, no momento em que Remedios, a bela, começava a ascender". "*Remedios, a bela, subira ao céu de corpo e alma*" (Gabriel García Márquez).

Imagem onírica As imagens oníricas constituem o conteúdo dos sonhos. Trata-se de imagens visuais ou fantásticas que, devido ao estado de ofuscação da vigilância, são consideradas como correspondentes a objetos reais. Suas características fenomênicas são: 1º) *vivacidade*: apesar da falta de nitidez sensorial, a imagem onírica é dotada de grande plas-

ticidade; 2º) *mobilidade*: a imagem onírica é essencialmente instável e movediça; 3º) é projetada no espaço interno, considerado, momentaneamente, como espaço objetivo; 4º) *ilogismo*: é inteiramente ilógica. Não existe nenhum outro setor da experiência humana que seja mais irracional e desprovido de lógica do que o dos sonhos.

De acordo com a doutrina psicanalítica, as imagens oníricas constituem um produto psíquico individual, típico, regido por certas "leis inconscientes" descobertas por Freud: a condensação, o deslocamento, a simbolização e a elaboração secundária. Além dessas "leis inconscientes", responsáveis pela formação dos sonhos, admitiu ele ser o "inconsciente" dotado de uma atividade psíquica incessante que, durante o sonho, expressa os desejos subjacentes. As imagens oníricas derivam de alguma vivência específica. "Todo conhecimento intuitivo é conhecimento experimentado." Desse modo, pode-se admitir que as imagens oníricas, por mais estranhas que pareçam à consciência, representam uma expressão da experiência (vivência) pessoal. As imagens oníricas são intemporais e inespaciais. A missão das imagens do sonho é comunicar experiências, perdidas em sua parte mais valiosa, porque aquele que sonha não tem condições para desvendar os mistérios do inconsciente. O exemplo seguinte, citado por Ella Freeman Sharpe, serve para mostrar como o sonho se expressa através de imagens:

"Achava-me em um concerto e, entretanto, o concerto assemelhava-se a um banquete. De algum modo podia ver a música passar diante de meus olhos como quadros. Os quadros musicais passavam como navios na noite. Havia duas espécies de quadros: montanhas brancas com picos suavemente arredondados e outras, a segui-las, que eram altas e pontiagudas".

Segundo Sharpe, as imagens oníricas deste sonho representam o testemunho de experiências (vivências), a visão real de montanhas arredondadas e pontiagudas em quadros, que possibilitaram uma correta interpretação do analista.

As imagens oníricas constituem o conteúdo dos sonhos, dos delírios oniróides e dos estados crepusculares. Em alguns enfermos neuróticos obsessivo-compulsivos é possível observar uma espécie de desfile de imagens de tipo onírico, que têm caráter obsessivo. As imagens se impõem à consciência, de maneira inoportuna e fortemente, sem que o paciente possa inibir ou afastar a produção dessas imagens. O enfermo reconhece o caráter irracional e absurdo dessas imagens, entretanto, sente-se impotente para afastá-las ou impedir a sua produção. As imagens obsessivas não são vivenciadas como estranhas, senão como pertencentes à sua própria mente. Em muitos casos, as imagens obsessivas se impõem de modo absoluto, provocando angústia e sentimento de intenso desespero.

Imaginação

Denomina-se imaginação a capacidade da mente humana de criar e reproduzir imagens. Embora etimologicamente a palavra *imaginação* derive de imagem, a atividade criadora tem por base não apenas representações, mas também idéias abstratas. Representações e idéias associam-se espontaneamente na atividade criadora para a formação de imagens e pensamentos novos.

A imaginação é uma atividade mental que difere da representação e da memória, embora encontre os seus fundamentos na imagem e na capacidade de evocação. Difere da primeira porque a imaginação consiste no ato de combinar imagens; da segunda, porque, sem a possibilidade de evocar imagens ou combiná-las de acordo com o interesse individual momentâneo, jamais seria possível imaginar algo. No sentido exato da palavra, a imaginação consiste na possibilidade de reviver o passado sob a forma de imagens, isto é, uma representação de "imagens-lembranças", no sentido de Bergson. Esta representação tem uma importância considerável para a vida intelectual, pois, sem as representações que se tornam possíveis através da imaginação não seria viável o conhecimento. A função cognoscitiva está estritamente ligada à imaginação.

Partindo desta compreensão, Abel Rey considera que a atividade criadora e a atividade racional estão intimamente unidas em todos os instantes de uma vida consciente e reagem mutuamente uma sobre a outra. "As criações da imaginação — escreve — são simultaneamente a matéria e a mola dos nossos raciocínios; muitas vezes mesmo elas os guiam; e, em compensação, a imaginação normal, sã, é orientada pelo juízo reto e pelo raciocínio válido."

O mesmo autor, logo em seguida, acrescenta: "A atividade criadora é a atividade graças à qual relações mentais novas são tentadas com os elementos antigos; a atividade racional escolhe, em virtude de hábitos adquiridos que constituem nossa natureza, entre todos esses ensaios, os que parecem corresponder melhor às circunstâncias para as quais são tentados. Sistematiza, retifica e escolhe. Orienta e dirige, se não de uma maneira bem clara e bem distinta, pelo menos de um modo latente; sem o que a atividade criadora se perderia nas construções mais bizarras".

As imagens não se mantêm invariáveis no repositório da memória, como se ali fossem depositadas e permanecessem de modo estático, aguardando uma oportunidade para serem evocadas. Apesar da tendência que se verifica ao empobrecimento, a tornarem-se difusas pela degradação de seus caracteres de sensorialidade, as imagens retidas na memória tendem a evoluir num sentido positivo, enriquecendo-se pela experiência, pelo interesse e pelas tendências afetivas de quem as vivencia. É neste sentido que Honório Delgado destaca com acuidade que "as imagens vivem e, como sua vida se alimenta da corrente de nossa própria vida pessoal, resulta que nas transformações das imagens, mesmo nas ocasiões em que não são o produto de elaboração voluntária, já se expressa de modo indubitável nossa originalidade e, portanto, nosso poder criador".

Ao estudar o problema da criação artística, Abel Rey emite opinião mais ou menos semelhante, quando assinala que a modificação espontânea das imagens da vida mental nos permite surpreender o poder inventivo do espírito, que não só tem a possibilidade de criar com dados anteriores, mas também de operar uma profunda modificação desses dados, criando algo novo e original.

Sartre liga o mundo da imaginação ao mundo do pensamento e, além disso, considera que a imaginação está relacionada com a ação ou com uma sé-

rie de "possíveis ações". Em sua opinião, "a consciência imaginante é um ato que se forma de golpe pela ação da vontade ou da espontaneidade pré-voluntária. Mas somente a espontaneidade pré-voluntária pode levar à produção de desenvolvimentos ulteriores desta consciência, sem que por isso o objeto primitivo se desagregue". Aquilo que não pode ser alcançado por um ato volitivo "pode chegar a ser produzido por meio da livre espontaneidade da consciência. Sabe-se, com efeito, que os elementos reais, noéticos, da consciência imaginante são o saber, o movimento e a afetividade". É claro que Sartre analisa o problema da imaginação de modo que proporcione uma base para a sua posterior (ou simultânea) doutrina da consciência como "consciência realizante" ou realizadora.

Sartre insiste que, no objeto imaginado, não é somente a matéria do próprio objeto que é irreal: "todas as determinações de espaço e de tempo às quais está submetido participam da irrealidade."

Em relação ao problema da influência que a imaginação possa exercer sobre a ciência, diz Husserl: "O que não é realidade é imaginação, e uma ciência de imaginação é, justamente, uma ciência imaginária. As imaginações como fatos psíquicos são, naturalmente respeitáveis, pertencem à Psicologia. Porém, das imaginações brotam, por meio de uma chamada intuição essencial fundada nelas, novos dados dados 'eidéticos', objetos que são irreais, isto é, simplesmente 'aberração ideológica', um retrocesso à escolástica ou àquela espécie de 'construções especulativas *a priori*' com que o idealismo alheio à ciência natural tanto dificultou a verdadeira ciência na primeira metade do século XX."

Diz Honório Delgado que, se tomamos em consideração as funções mentais às quais se aplica o conceito de imaginação, verificamos: 1º) que a imaginação permite conferir uma forma, uma figura, uma expressão aos conteúdos da experiência, seja qual for a sua espécie; 2º) que a imaginação atua com um poder capaz de produzir não só novas combinações de elementos preexistentes, como ainda verdadeiras criações que não podem ser reduzidas à experiência vivida.

Em seguida, acentua: "configuração e criação representam, assim, atributos fundamentais desta misteriosa força espiritual que, ao mesmo tempo em que fixa e, de certo modo, cristaliza os conteúdos da vida intelectual, os transforma, os renova, os orienta."

É fácil verificar a inadequação do termo quando se procura designar com ele o conjunto de atos que integram o conceito de imaginação. Desde a sua origem, a expressão está demasiadamente ligada ao conceito de imagem, razão pela qual, embora ampliada, a expressão não sugere de modo conveniente as operações configurativas e inventivas da capacidade intelectual. Mas a palavra imaginação acha-se de tal modo integrada na linguagem dos psicólogos que não há por onde fugir ao seu emprego, uma vez que não existem expressões substitutivas, apesar das tentativas sem êxito que se fizeram neste sentido.

A atividade imaginativa está condicionada pelas tendências e interesses específicos de cada indivíduo, fatores esses que constituem as bases da imaginação criadora.

A imaginação criadora não pode ser considerada como simples justaposição de imagens retidas na memória. Em conseqüência da liberdade que desfruta a imaginação, é possível configurar formas de maior ou menor harmonia e perfeição na incessante atividade intelectual.

A imaginação criadora é dotada até certo ponto de autonomia e, por esse motivo, reproduz voluntariamente sem o concurso da observação direta da realidade. Eis a razão por que muitas vezes elementos isolados se unem arbitrariamente às imagens, formando conexões novas não observadas no mundo exterior. Assim surge a fantasia que, em casos patológicos, se pode revelar pela criação imaginativa de coisas inverossímeis. A afetividade desempenha importante papel na atividade da imaginação, quer mediante os estados que a acompanham e, de certo modo, a dirigem, quer mediante as tendências que, em geral, a provocam.

De acordo com os ensinamentos de I. P. Pavlov, a base fisiológica da imaginação é a formação de novas combinações entre as conexões temporárias que se haviam formado anteriormente. "A simples atualização das conexões já existentes não conduz à criação de algo novo. Para criar algo novo é necessário que as conexões que se haviam formado antes se combinem de maneira nova."

O raciocínio humano está estreitamente ligado às imagens e aos conceitos, sem os quais é impossível desenvolver o pensamento em torno de qualquer problema. Em sua atividade intelectual, o homem opera com imagens, conceitos e juízos, a fim de alcançar, através do desenvolvimento da prática histórico-social, um nível superior de conhecimento.

Patologia

Alterações da representação Em seguida, sob a denominação de alterações da representação, estudaremos as alucinações e as pseudo-alucinações, porque nessas alterações não está em jogo o processo da percepção.

Alucinações Mira y López define a alucinação como a "imagem representativa ou a imagem fantástica que adquire os caracteres de sensorialidade necessários para ser aceita pelo juízo de realidade como proveniente de um objeto exterior".

Para Jaspers as alucinações "são falsas percepções corpóreas que não se originam, por transformação, de percepções reais e sim de modo inteiramente novo, e que surgem paralelas e juntamente com percepções reais".

Em época mais recuada, Esquirol tentou esta conceituação: "Um homem que tem a convicção íntima de uma sensação atual, percebida, quando nenhum objeto exterior próprio para excitar esta sensação é levado a seus sentidos, está em estado de alucinação: é um visionário."

Segundo Baillarger, "o que caracteriza a alucinação é o fato de que ela se apresenta como algo *estranho* à personalidade".

Johannes Lange propôs esta definição: "Os produtos patológicos da atividade representativa podem terminar adquirindo um caráter de corporeidade,

como nossas próprias percepções, encontrando-se deslocados para o espaço externo, acreditando o enfermo perceber realidades onde não existem''.

Para Honório Delgado, ''a alucinação consiste no fenômeno de perceber objetos, com todas as características da sensação, na ausência do estímulo sensorial''.

Após a exposição de vinte e duas definições de alucinação, Cabaleiro Goás propõe conceituá-la deste modo: ''A alucinação é uma falsa percepção por não corresponder a nenhum objeto ou coisa real, atual ou presente, situado no campo sensorial; consiste na expressão de uma experiência psicológica interna, resultado de um profundo transtorno da personalidade, que se manifesta por uma alteração psicossensorial, aceita pelo enfermo que a vivencia como a imagem de uma percepção normal, devido ao intenso poder que encerra e que lhe é dado por seus caracteres da corporeidade, vivacidade, nitidez sensorial, objetividade e projeção no espaço externo. A característica principal consiste na perda do juízo de realidade que, no paciente, existe como manifestação de um transtorno de sua atividade psíquica, fundamentalmente da consciência ou do 'ser consciente' em um aspecto quantitativo e seletivo.''

O sintoma psicopatológico descrito sob a denominação de ''alucinações'' não constitui um fenômeno unitário, não só do ponto de vista de suas manifestações clínicas, mas também quanto a sua etiologia. A alucinação pode surgir nos quadros clínicos os mais diversos, visto que o seu condicionamento obedece a causas distintas. Esta diversidade etiológica e de manifestações contribui, segundo Alonso Fernández, para dificultar o encontro de uma definição do fenômeno.

Ao estabelecer a distinção entre ilusão e alucinação, Baillarger admitiu que o traço característico da alucinação consiste ''em que ela se apresenta como algo *estranho* à personalidade''. Com efeito, a alucinação representa um fenômeno inteiramente novo, que não faz parte da experiência do homem normal. Na realidade, uma ''percepção'' na ausência de um agente externo capaz de provocar a excitação do órgão sensorial correspondente só pode ser observada em graves alterações das funções mentais. Na alucinação, a imagem representativa ou fantástica adquire todos os elementos que caracterizam a imagem perceptiva, faltando porém o estímulo exterior, isto é, o objeto que lhe daria origem.

As alucinações não são freqüentes, mas podem ser observadas em quase todas as enfermidades mentais. Na maior parte dos casos em que é admitida a existência de fenômenos alucinatórios, uma análise cuidadosa demonstra não se tratar de alucinação e sim de ilusões ou de interpretações falsas de fatos comuns. Muitas vezes os doentes designam com a expressão ''vozes'' produtos da atividade imaginativa, que, na realidade, não têm os caracteres de uma alucinação. Ouando se trata de casos desta natureza, falta aos enfermos a capacidade para descrever o fenômeno. Limitam-se a dizer simplesmente que ''são umas vozes''. À medida que procuramos obter dados mais precisos, tornam-se mais vagas as informações dos pacientes. Respondem freqüentemente: ''É como se fosse fone de ouvido''. ''É uma coisa parecida com um telefone.'' ''É uma espécie de aparelho de rádio invisível.''

O enfermo utiliza as expressões ''É como se...'', ''É uma espécie de...'', com a intenção de dar uma idéia aproximada do estranho fenômeno. Não são vozes naturais, mas, como exemplifica Bumke, ''fragmentos de pensamentos'', ''de idéias internas como quando se fala consigo mesmo'', vozes que ''não falam com palavras'', ou, como nos disse uma enferma, ''são vozes caindo do céu como gotas d'água''.

Do mesmo modo, não se consegue precisar muitas vezes o campo sensorial a que se referem essas vivências delirantes tomadas com muita freqüência por alucinações.

No casos em que se verifica o aparecimento de verdadeiras alucinações, deve-se encarar em seu conjunto o estado mental do paciente. Não se observam alucinações em pessoas normais e, nos enfermos em que elas se apresentam, existem outros sintomas psíquicos que dão forma e caracterizam o quadro clínico.

Henri Claude era de opinião que a verdadeira alucinação deve conter três características essenciais: 1) a de ser uma projeção objetivante; 2) a de não conter elementos do objeto; 3) a de acompanhar-se de juízo de realidade. Alonso Fernández propõe que se substitua a terceira condição por ''experiência de realidade''. Diz que ''a experiência imediata de realidade vivida é uma qualidade da vivência alucinatória''. Por isso, o enfermo portador de alucinações pode, em muitos casos, colocar em dúvida a realidade objetiva, porém jamais duvida da objetividade de suas alucinações.

Em nossa opinião, devem-se distinguir, nas alucinações, as seguintes qualidades: 1) nitidez sensorial; 2) projeção para o exterior; 3) intensidade; 4) impressão de realidade; 5) valor emocional.

As alucinações têm, às vezes, a mais perfeita nitidez. Em outras ocasiões, falta esta qualidade e então são captadas figuras nebulosas, vozes confusas ou murmúrios imprecisos, que, para serem percebidos, exigem muita atenção. Os doentes não descobrem a falta de nitidez do fenômeno alucinatório, porque, em geral, eles sabem o que significam as suas alucinações.

A projeção para o exterior é completa. A intensidade varia sob muitos aspectos; ora percebem sons claros, ora murmúrios imperceptíveis; ora percebem luzes intensas, ora sombras imprecisas.

A impressão de realidade é um dos elementos de maior importância nas alucinações. Elas têm uma irresistível força de convencimento. Justifica-se plenamente a frase de Kraepelin: ''Os doentes não só acreditam no que vêem e ouvem, senão que vêem e ouvem na realidade.'' É inútil chamar a atenção do enfermo para as contradições que existem entre os seus equívocos sensoriais e a realidade, ele não se convence. Bleuler salienta que de nada serve ao doente que ouve vozes no quarto ao lado verificar que aí não há ninguém; ele responderá: os que falavam já se foram, eles falavam pelas paredes, faziam isso através de um aparelho invisível.

O valor emocional é variável. Às vezes o doente permanece completamente indiferente diante das alucinações mais espantosas; em outras ocasiões, isso lhe causa emoção e aborrecimento. No início da esquizofrenia, certos tipos de alucinações podem levar o doente ao suicídio.

Tipos de alucinações As alucinações podem ser classificadas em dois grupos: 1) *elementares*: quando contêm apenas os elementos de uma sensação — uma chama, ruídos; 2) *complexas*: palavras, frases, pessoas. Esta diferenciação é de grande importância prática, porque algumas lesões cerebrais ou dos órgãos dos sentidos produzem falsas percepções (o acoasma dos tumores cerebrais e da otosclerose), ao passo que nos transtornos psicóticos o fenômeno é de natureza psicogênica, embora desencadeado por excitantes tóxico-humorais.

Alucinações visuais Sob a forma de alucinações verdadeiras, apresentam-se preferentemente nos estados de perturbação da consciência. Em muitos casos de alucinações visuais, os enfermos vêem determinados objetos, figuras ou cenas completas. As alucinações microscópicas e as imagens instáveis, móveis, policrômicas, são até certo ponto características de algumas intoxicações (cocaína, as primeiras; ópio e álcool, as segundas). Algumas vezes os doentes vêem imagens reais, com os caracteres dos seres vivos, dotadas de forma, cor e movimento. Outras vezes, porém, as imagens percebidas são inteiramente fantásticas. Por exemplo, partes isoladas de uma pessoa ou de um animal inexistente, cabeças disformes, caveiras, olhos assustadores que o perseguem por toda parte, feras horripilantes, fantasmas. Em alguns doentes, as alucinações visuais estão dotadas de movimento e sucedem-se como se fossem projetadas numa tela cinematográfica. Diante dessas cenas, os enfermos podem manter-se como simples espectadores ou tomar parte ativa nos acontecimentos alucinatórios.

As imagens alucinatórias são, em geral, dotadas de perspectiva, dando ao enfermo maior crença em sua realidade. Em outros casos, os fenômenos alucinatórios visuais estão superpostos a objetos que se encontram na parede.

As alucinações visuais fortemente coloridas e animadas de movimento podem determinar estados de exaltação, como ocorre nas visões dos delirantes místicos e nos delírios crônicos, em que as cenas alucinatórias adquirem conteúdo afrodisíaco.

Na maioria dos casos, as alucinações visuais manifestam-se como visões cênicas, semelhantes a visões dos sonhos, e são próprias dos estados confuso-oníricos, dos delírios oniróides de origem tóxica, acompanhando-se de tonalidade afetiva angustiosa e, às vezes, terrorífica.

Na esquizofrenia é possível observar alucinações visuais com o caráter de extrema complexidade.

Barbara O'Brien descreveu, no quadro clínico de sua perturbação esquizofrênica, alguns tipos de alucinações visuais:

"Quadros — *Os quadros começaram certa manhã, assim que acordei e esperava o despertador tocar. Quando acordei, o quadro estava pendurado numa parede da praia seca e continuou lá claro e nítido por mais ou menos meio minuto. Um quadro esquisito, uma espécie de gráfico desenhado em papel cinza com tinta amarelo-clara. Havia um círculo grande e, dentro do círculo, um outro círculo menor para fora. Duas manhãs mais tarde, quando novamente derrotei o despertador por exatamente um minuto, o gráfico estava pregado numa parede da praia seca de novo. Notei, desta vez, que dez linhas se irradiavam do centro do gráfico para o círculo menor. Dois dias mais tarde notei que o segundo círculo tinha dez divisões para cada divisão do círculo menor. Na aparição seguinte, reparei que o círculo maior tinha dez divisões para cada divisão do segundo círculo. Em aparições subseqüentes, nada mais havia a notar e eu apenas olhava com indiferença para o gráfico até desaparecer.*"

Outro paciente descreveu as suas alucinações visuais associadas à vivência angustiante de estagnação do tempo:

"*De repente, olhei o relógio da parede. E, subitamente, tive o sentimento de que o tempo andava para trás. Era um sentimento extraordinário, o mais forte que experimentara até então. O tempo recuava. Essa impressão foi de tal modo forte que olhei para o relógio, o que reforçou o meu sentimento. E, no entanto, os ponteiros não se mexiam. Tive medo porque ao mesmo tempo tinha a impressão de me deslocar numa espécie de cadeia de montanhas e de ser impotente para acabar com aquilo. Era como se escorregasse, como se caísse sem poder parar, o que me dava um sentimento de pânico. Lembro-me de que fui ao quarto contíguo para me ver ao espelho. Também isso provocou em mim um efeito estranho: era como se visse alguém que conhecia, mas que não era eu, que era muito diferente de mim. Nesse momento, tive o sentimento extraordinário de que era capaz de fazer tudo em mim, de ter o controle de todas as minhas faculdades, do meu corpo e do resto. E comecei a divagar.*"

Alucinações liliputianas As alucinações liliputianas foram descritas por Brierre de Boismont e Ziehen. Trata-se de um tipo especial de alucinação visual no qual, ao lado da percepção normal dos objetos e pessoas que o rodeiam, o enfermo divisa uma série de personagens minúsculos, isolados ou acompanhados de pequenos animais em movimento.

Leroy definiu o fenômeno alucinatório deste modo: "É a visão de personagens minúsculas, homens ou mulheres, de altura variável, geralmente de 10 a 25 centímetros, ora sós, ora acompanhadas de pequenos animais ou de pequenos objetos, guardando suas proporções relativas, de sorte que o enfermo acredita ter ante os seus olhos o mundo criado por Swift em Gulliver. Essas alucinações são móveis, coloridas, geralmente múltiplas. É uma verdadeira visão liliputiana, algumas vezes como um teatro de pequenas marionetes, com cenas em miniatura, que aparecem ante os olhos do enfermo surpreendido. Todo esse pequeno mundo, adornado geralmente de cores vivas, marcha, desfila, trabalha, joga com a sensação do relevo e da perspectiva. Essas visões microscópicas dão a impressão de vida real."

Lhermitte nos legou esta descrição do fenômeno: "Fato curioso, esses fantasmas liliputianos se apresentam como os anões do país de Gulliver, descrito por Swift, e não determinam reações desagradáveis nos indivíduos que os percebem. Ao contrário, o alucinado parece se alegrar com as cenas desse pequeno mundo. Em outros, o aparecimento dos pequenos personagens não se acompanha de delírio, ainda que o indivíduo possa acreditar na realidade da alucinação.

"Esses pequenos personagens, ou esses animais em miniatura que se manifestam aos olhos do alucinado, não somente parecem estranhos devido a suas pequenas dimensões, que formam contraste com as coisas do mundo exterior no qual eles se manifestam, como são notáveis por seu colorido, gestos, atitude e comportamento. Muito freqüentemente, com efeito, é um grupo ordenado que se apresenta formado de pequenos personagens, "grandes como o polegar", de hábitos afetados como nas gravuras do tempo de Luís XV; e esses pequenos seres se inclinam, sorriem, fazem mesuras, gracejam entre si, sem que, no entanto, se entenda nada do que dizem. Todo o seu cerimonial é afetado, penetrado desse preciosismo que Molière tanto ridicularizou. E este grupo anda sobre mesas e cadeiras, ou costuma sair por um pequeno orifício para se projetar sobre muros e mesmo, às vezes, lhes atravessar ou passar por uma janela. Acontece que o alucinado tem a impressão de que pode deslocá-los com a mão ou com um sopro. Conforme a descrição dos enfermos, os liliputianos ilusórios são dotados de cores muito brilhantes, como se a redução do tamanho dos personagens determinasse a condensação das cores e uma saturação cromática especialmente intensa.

"Contornos precisos, cores brilhantes, preciosismo e complicação das vestes, esses caracteres se aproximam daqueles que marcam a visão igualmente ilusória que se obtém por disposições físicas.

"A exemplo de outras alucinações, essas visões liliputianas se mostram férteis em transformações: assim um barco minúsculo se converte em viatura, uma jovem se transforma em morcego. Enfim, às vezes, a pequena figura diminui ou aumenta de tamanho quando se afasta ou se aproxima do indivíduo que a contempla. Na maioria dos casos, as alucinações liliputianas não determinam nenhuma reação motora do alucinado; a sua atitude é, em geral, passiva e parece análoga à de um espectador divertido por uma representação agradável."

O primeiro sintoma de transtorno mental apresentado por Santa Teresa de Lisieux foi, precisamente, o aparecimento de alucinação liliputiana, descrita por ela própria:

"Passeava sozinha pelo jardim quando vi, de modo repentino, ao pé do caramanchão, dois diabos pequenos, horríveis, que saltavam sobre uma barrica de cal com agilidade espantosa, apesar de trazerem nas pernas grilhões pesados. A príncipio olhavam para mim com seus olhos flamejantes e, depois, como se estivessem apavorados, precipitaram-se para dentro da barrica, escapuliram logo nem sei por que abertura, correram e foram esconder-se na rouparia, que se achava no andar térreo, em frente ao jardim. Vendo-os tão assustados tive a curiosidade de certificar-me do que iam fazer ali e, passando o primeiro momento de indecisão, criei coragem e cheguei até a janela. Os pobres diabretes lá se encontravam correndo e saltando sobre as mesas, sem atinarem no modo de se furtarem às minhas vistas. Aproximavam-se de vez em quando e ficavam a espreitar pela vidraça bastante inquietos e vendo-me sempre como observadora, no mesmo lugar, começaram a correr como dois alucinados."

Leroy insistiu na necessidade de distinguir essas alucinações dos fenômenos de micropsia.

Ao contrário da maioria dos fenômenos alucinatórios, as alucinações liliputianas acompanham-se de um *estado afetivo agradável*; o paciente contempla com satisfação o espetáculo que presencia.

Alucinação autoscópica É uma variedade de alucinação visual em que o enfermo percebe a sua imagem corporal como se estivesse diante de si próprio. O fenômeno foi descrito por Féré com a denominação de "alucinação especular ou autoscóspica". Mais tarde Lhermitte denominou-a "alucinação heutoscópica ou heutoscopia". Caracteriza-se pelo aparecimento súbito diante do paciente de um verdadeiro duplo de si mesmo.

J. Lhermitte, Hecaen e Couloujou apresentaram à Sociedade Médico-Psicológica de Paris a observação de um caso de autoscopia, o que contribuiu para que fosse discutido o problema do onirismo. Segundo os autores citados, o aparecimento da imagem do duplo de si mesmo pode manifestar-se durante o sono e nos estados de devaneio ou "...de sonho que se caracteriza pelo abaixamento da tensão psicológica e a liberação de certas atividades imaginativas". Cita como exemplo o caso de Goethe, que, em determinada ocasião, viu a imagem de si mesmo, a visão de sua própria personalidade física, "estado produzido pelo afrouxamento das ligações psicológicas, que caracteriza precisamente o sonho". Na literatura existem muitas citações de exemplos demonstrando a possibilidade de "revivescência da imagem de nosso corpo no sonho o mais autêntico". O fenômeno da autoscopia se manifesta, com maior freqüência, durante o sonho, "quando o espírito se desprende do sonhador e se manifesta o mais voluntário e singular fenômeno da autoscopia".

Lhermitte e Beauduin já haviam publicado uma observação pormenorizada de um caso de autoscopia onírica, que proporcionou ao paciente o sentimento de feitiçaria e possessão demoníaca.

A observação que os autores apresentaram à Sociedade serve como exemplo de autoscopia onírica e foi considerada como um caso mórbido de alucinação autoscópica. O enfermo havia padecido de infecção tetânica e, não só no decurso da enfermidade, como posteriormente, percebia a imagem de si mesmo. O fenômeno se apresentava sempre à noite. O paciente esclareceu que não se tratava de sua imagem refletida como em um espelho, ou sobre uma tela, mas, ao contrário, ela se manifestava diante dele em relevo, como um ser real. Diz Lhermitte: "O que se apresentava diante dele não era a sua própria imagem corporal, senão uma pessoa real que lhe proporcionava o sentimento de encontrar-se em íntima relação material e espiritual com a mesma e até mesmo de perceber o contato desta imagem que indubitavelmente, não duvidava do seu caráter patológico." Mesmo após três meses da convalescença, persistia a manifestação do fenômeno.

Em comentário a essa observação, alguns dos membros presentes à "Sessão" admitiram a possibilidade de que o padecimento cerebral tivesse provocado uma reação séria capaz de determinar o aparecimento da autoscopia, "autoscopia que se especifica no caso presente pela persistência durante vários meses, por sua atividade noturna, enfim pelo caráter que se encontra em

todas as observações legitimas: saber que o paciente se sente preso ao seu duplo por ligações espirituais estreitas, que o duplo age e pensa como ele e age ao mesmo tempo que ele''.

Em comentário, Guiraud admitiu que a alucinação autoscópica devia ser compreendida como conseqüência de perturbação na integração da personalidade e como uma transposição visual da aluminação proprioceptiva, considerando ainda que o transtorno da integração explicava o sentimento de ansiedade.

Sollier distinguiu duas formas de alucinações autoscópicas: externa e interna. Na autoscopia externa (alucinação autoscópica ou especular) o paciente percebe a imagem do seu próprio corpo (imagem do duplo), enquanto na autoscopia interna percebe um ou vários órgãos ou uma região corporal isolada.

J. Sutter admite que na autoscopia externa ocorre ''a projeção em imagem de uma sensação de desdobramento, em conseqüência de transtorno da síntese psíquica''.

As alucinações autoscópicas são observadas no curso dos estados de obnubilação de origem infecciosa ou nas intoxicações experimentais pelas substâncias alucinógenas.

Alucinações extracampinas Bleuler descreveu com a denominação de alucinações extracampinas os casos em que as visões se localizavam fora do campo sensorial correspondente. O paciente ''vê'' pessoas que estão atrás de sua cabeça.

Ao justificar o seu conceito, Bleuler apresenta este exemplo: '' Um enfermo inteligente, hebefrênico, no momento da entrevista, viu subitamente o demônio parado atrás de suas costas. Era algo tão nítido que não pôde descrever. Em resposta a nossas objeções, disse simplesmente que tinha o dom de ver através da nuca o que se passava atrás de sua cabeça. Quando falamos em 'coisas imaginárias', protestou com veemência, dizendo que não se tratava de imaginação e sim de um poder verdadeiro para ver dessa maneira. Do mesmo modo o paciente vê paisagens completas e uma infinidade de objetos.''

Em comentário a esta observação, diz Bleuler: ''Não se trata, nesses casos, de 'percepções sensoriais', mas de fenômenos que pacientes inteligentes, com capacidade para discutir esses problemas, equiparam a percepções''.

Acrescenta que muitos pacientes, portadores desse tipo de alucinação, ''não podem escapar de suas espantosas visões, mesmo porque elas não alteram a sua localização no espaço''. Em outros casos, os enfermos não consideram como anormal essa estranha capacidade de percepção visual. ''Quando o paciente, mesmo reconhecendo a impossibilidade, vê atrás das paredes rostos que lhe fazem caretas, deve-se admitir que se trata, certamente, de uma alucinação 'extracampina'. É possível que, nesses casos, se verifiquem desde simples fantasias imaginativas até verdadeiras alucinações extracampinas do olfato quando um enfermo 'percebe' que atrás de sua cabeça emana um odor peculiar.''

Exemplo — *Sentado na poltrona da sala de visitas de sua casa, David via a calçada do outro lado da rua, apesar de saber que existia a parede interposta elevando-se até a janela, de onde unicamente seria possível aquela visão. Inquietava-se com isso, saía à rua e rodeava a casa com rapidez, várias vezes, para certificar-se da realidade. Atualmente, basta alguém falar ou o próprio paciente pensar numa pessoa para que o mesmo a veja imediatamente e, prestando atenção, ouça a sua voz. Refere ver Brigitte Bardot tratando-o carinhosamente, dirigindo-lhe expressões como esta: ''mulato puro, vamos casar?'' Indaguei se a via no momento. Desviou o olhar ligeiramente para o lado e exclamou: ''está aí atrás sorrindo e dizendo: 'é tudo mentira, é tudo mentira' ''. Insisti, pedindo-lhe para reparar se ela é mesmo bonita e se estava bem trajada. Olhou agora de soslaio, esboçando sorriso malicioso ao afirmar: ''está toda nua e me mostrando as suas coisas''.*

Alucinações auditivas As alucinações auditivas são as mais freqüentes e as mais importantes. Apresentam-se sob a forma elementar: ruídos, zumbidos, murmúrios, estalidos; e sob a forma complexa: como ''vozes'' que censuram e ameaçam, como melodias, toques de campainha. O enfermo pode ouvir uma única voz, que repete uma palavra ou diz frases completas, ou muitas vozes que mantêm entre si uma conversação. Em alguns casos, são quase imperceptíveis, como sussurradas. As vozes podem ser masculinas, femininas ou de crianças. A direção de onde provêm é variável; podem vir de longe ou de perto, do teto, do quarto ao lado ou da rua.

Observa-se em alguns casos que as alucinações auditivas elementares estão associadas às alucinações verbais. Por exemplo, o enfermo escuta não só as palavras ofensivas e ameaçadoras, como ouve ao mesmo tempo o ruído dos passos de indivíduos que se aproximam para consumar os seus desígnios. Nesses casos, os fenômenos alucinatórios são dotados de grande realismo, acompanham-se de extraordinária força de convicção, o que determina muitas vezes a prática de atos violentos, mas adequados à situação vital de perigo em que se encontram os enfermos. As alucinações auditivas podem estar combinadas com percepções delirantes. Serve de exemplo o caso de um dos nossos doentes, esquizofrênico paranóide, que apresentava intensas alucinações auditivas verbais e percepções delirantes:

O enfermo comprou entrada para assistir a um filme no ''Plaza''. Durante a sessão cinematográfica, ouvia um vozerio que vinha da rua, dentro dele percebia claramente ameaças. Diziam que estavam lá fora, aguardando-lhe à saída para linchá-lo. Escutava constantemente dizerem que ele já havia sido autuado, e isto facilitava que fosse preso e liquidado de uma vez. Saiu do cinema meio atemorizado, mas nada lhe aconteceu. Andou pela Cinelândia e, em seguida, tomou um ''lotação'' com destino à Central. Na Avenida Presidente Vargas apanhou outro ''lotação'' que o conduziu a Madureira. Atravessou a ponte e tomou uma condução para a Penha. Atravessou nova ponte e meteu-se numa condução de regresso ao centro da cidade. Fez essa viagem para que o tempo passasse mais rapidamente. Durante a viagem de regresso, recostou a cabeça e adormeceu. Ao acordar, começou a ouvir ameaças. Ao aproximar-se da Central, uns indivíduos que estavam nos bancos traseiros começaram a dizer que o ''lotação'', ao chegar à Praça Tiradentes, já

devia estar vazio e, nessa ocasião, aproveitariam a oportunidade para atacá-lo a canivete e massacrá-lo, porque naquele momento não haveria testemunhas do que ia acontecer. Nesta circunstância, temendo enfrentar um bando tão numeroso, saltou em frente à Central, continuou andando pela Presidente Vargas e seguiu a Avenida Rio Branco, em direção à Praça Floriano. Ao passar por determinadas ruas, percebeu que os indivíduos do "lotação" já haviam saltado e gritavam de longe: "Ele é covarde", "ele é um puto", "vamos dar uma surra naquele efeminado". Apressou o passo e chegou sem incidentes à Cinelândia.

Sentiu-se estafado pela caminhada, sentou-se em um banco em frente ao cinema "Capitólio". Imediatamente, começou a ouvir os comentários que faziam os choferes e as pessoas que saíam dos bares. Diziam que iam colocá-lo em um automóvel e levá-lo para bem longe, um lugar ermo, onde seria esquartejado. Verificou ser humanamente impossível enfrentar tantas pessoas e, por isso, dirigiu-se ao sentinela do supremo Tribunal, queixando-se de que estava sendo ameaçado de morte. O soldado encaminhou-se para os indivíduos apontados por ele como responsáveis pelas ameaças. Mas, ao invés de admoestar os tais indivíduos, o soldado lhes falou em voz alta: "Vocês podem fazer o que quiserem, porque eu não tomarei nenhuma providência, nem testemunharei nada. Vocês ficarão impunes". Sentiu-se completamente desamparado e à mercê dos agressores. Anotou o número do soldado e saiu com destino à Praça 15. Na altura da Rua São José, percebeu que os motoristas haviam tomado os carros e seguiam em sua direção. Pelos cruzamentos das ruas onde passava, descobria o movimento dos táxis que o acompanhavam. Os indivíduos procuravam localizar o lugar para onde ele se dirigia. Percebendo que ao dobrar à esquerda os táxis também iam tomar essa direção, voltou rapidamente em direção contrária. Verificou então que os táxis contornaram todo o quarteirão, em marcha acelerada, e continuaram a persegui-lo. Teve um medo horrível de ser assaltado naquelas ruas desertas e, como último recurso, pensou em procurar um telefone. Na Agência do Correio telefonou para uma de suas tias, a quem comunicou o que se estava passando. Explicou estar sendo seguido por muitos indivíduos que o ameaçavam de esquartejamento. A tia o aconselhou a seguir imediatamente para a casa dos pais, em Niterói. Ao chegar em frente à Estação das Barcas, percebeu que os indivíduos já haviam formado um grupo numeroso diante do ponto de bondes. Eles riam, falavam coisas que o paciente não conseguia compreender, mas tinha certeza de que se tratava de ameaças. Parou na alameda oposta e, como uma sentinela de prontidão, ali permaneceu de pé durante mais de cinco horas. As ameaças não cessavam. Agora percebia, claramente, o que os indivíduos diziam: "Desta vez ele não escapa", "vamos espancá-lo", "aqui ele não será apoiado por ninguém", "aqui não haverá testemunhas", "vamos liquidar aquele puto". De vez em quando, um dos indivíduos se destacava do grupo, dirigia-se ao guichê das barcas, confabulava com alguém e voltava. Às seis horas da manhã, ao passarem um oficial do Exército e alguns trabalhadores, ele se incorporou ao grupo e seguiu em direção ao guichê onde adquiriu passagem para Niterói. Neste momento, ouviu distintamente que os indivíduos diziam: "Agora não dá mais pé", "perdemos a oportunidade", "agora não dá mais jeito", "devíamos tê-lo pegado de qualquer maneira quando não havia testemunhas". Os indivíduos que o ameaçavam na Praça 15 eram em número de 25 a 30, entre eles se encontravam choferes de praça, de "lotação" e camelôs. Ainda estava de pé na alameda, quando notou a chegada de um carro oficial de onde saltaram algumas pessoas. Uma delas se dirigiu ao grupo, afirmando que, se o liquidassem, nada aconteceria aos autores do atentado. Durante a travessia, as ameaças continuaram. Fez toda a viagem de pé, na porta de saída, porque se tentassem agredi-lo, se atirava na água, pois era impossível enfrentar tanta gente de uma vez. Ouviu uma voz dizer: "É melhor não fazer nada aqui, porque ele é capaz de suicidar-se".

Em virtude da importância para o diagnóstico de determinados transtornos mentais, costuma-se destacar três tipos de alucinações auditivas-verbais:

1) *Sonorização do pensamento* — Em alguns casos observa-se um tipo especial de alucinação acústico-verbal, denominado "sonorização do pensamento". Consiste no fato de o enfermo ouvir os próprios pensamentos, como se as palavras fossem pronunciadas por alguém do meio exterior. O fenômeno apresenta-se com mais freqüência no momento de ler ou de escrever e é o resultado da combinação de alucinações acústicas com alucinações motoras verbais.

Os alienistas franceses deram ao fenômeno a denominação de eco do pensamento (*écho de la pensée* — Clérambault, 1942) e os psiquiatras alemães chamam-no sonorização do pensamento (*Gedankenlautwerden*), ou melhor, traduzido literalmente: pensamentos que se tornam sonorizados. Nesses casos, diz Nobre de Melo, "não se trata, propriamente, de vozes estranhas, que provenham de fora, localizadas no espaço, e sim de mera ressonância acústico-verbal dos pensamentos, que o paciente reconhece como sua". Em continuação lembra: "A inadequação do termo *eco*, adotado pelos franceses, decorre, em nosso sentir, de que o fenômeno nem sempre se manifesta imediatamente *após* o pensado, mas também, algumas vezes, *durante*, isto é, concomitantemente, e até, em certos casos, *antes* mesmo de haver sido pensado, sob a forma de enunciação prévia. Cabe, enfim, não confundir esses fenômenos com os comentários e antecipações de seus atos, de que se queixam certos enfermos esquizofrênicos, e que não passam, na verdade, de alucinações e pseudo-alucinações auditivas, ainda que de conteúdos e feitios clínicos menos comuns."

Estudando o fenômeno a que denomina "eco da leitura", Ferdinand Morel diz que "a leitura coloca o indivíduo em condições fisiológicas particularmente favoráveis à formação de alucinações verbais". O fenômeno consiste, em sua opinião, numa forma privilegiada de alucinação verbal, assinalando a propósito: "Quando os doentes dizem que o eco tem lugar ao mesmo tempo que a leitura, omitem um pequeno intervalo. Para os enfermos que têm a capacidade de auto-observação, o eco precede a leitura. Esta ordem de sucessão parece consistir numa regra absoluta. Para avaliar a importância da precedência do eco sobre a leitura, os enfermos usam duas formas de medida, seja de duração, seja de espaço do texto. Em duração, o intervalo é avaliado em "um segundo", " meio segundo", "um centésimo de segundo", "uma idéia" antes da própria leitura. Quando avaliam em relação ao tamanho

do texto, os doentes admitem que o eco se antecipa à leitura em três a quatro palavras, o que parece ser o máximo; com freqüência a antecipação não vai além de uma palavra. O intervalo entre o eco e a leitura difere de um paciente a outro, porém com diferenças muito limitadas, sendo os critérios de avaliação pouco precisos. Para o mesmo indivíduo, o intervalo pode permanecer fixo. O eco não se torna mais rápido ou mais lento em relação com a leitura: suas relações recíprocas são variáveis. Se a leitura se torna acelerada ou lentificada, o eco acompanha a variação do ritmo. A mudança do tempo entre o eco e a palavra lida é rigorosamente constante; somente as condições especiais podem modificá-lo levemente. Assim, o automatismo perfeito da leitura parece diminuí-lo, e a dificuldade, aumentá-lo''.

Um doente de Cabaleiro Goás informou: ''O que penso, ouço em voz alta como se estivesse falando comigo. Tenho a impressão de que, sem falar, penso em voz alta.''

Um paciente nosso vinha andando tranqüilamente em direção à antiga Estação Mariano Procópio, no Rio de Janeiro, quando, ao atravessar a Rua Acre, sentiu uma pressão interna no ouvido acompanhada de zumbido estridente, muito semelhante ao canto de uma cigarra. Sentiu-se ligeiramente tonto, pressionou os ouvidos com as palmas das mãos e o zumbido continuou. Em seguida foi substituído pelos pensamentos sonorizados. Começou a escutar os seus próprios pensamentos, como se os mesmos se transformassem numa voz sussurrada. Andou em direção à Praça Mauá, sentou-se em um banco e ali permaneceu durante um período de tempo muito longo, até que, subitamente, o fenômeno desapareceu.

O pensamento sonorizado pode ser percebido sob a forma de voz sussurrada ou em tom intoleravelmente forte. Diz Wyrsch que o pensamento sonorizado não corresponde às ocorrências inoportunas que alteram o curso dirigido do pensamento. Considera que este tipo de alucinação se aproxima dos limites em que as imagens perdem a corporeidade, elemento próprio da percepção e da verdadeira alucinação.

2) *Audição de vozes sob a forma de diálogo* — Na audição de vozes dialogadas, o enfermo percebe o diálogo alucinatório entre vozes de duas pessoas, que falam entre si coisas agradáveis ou desagradáveis, elogiam ou censuram o paciente.

Uma enferma de Cabaleiro Goás, com intensas alucinações audioverbais, disse que, no interior de sua cabeça, haviam instalado uma central telefônica, pois como acontece nas centrais desse tipo, escutava ''vozes'' diferentes ao mesmo tempo, conversando entre si, ou como se interferissem umas nas outras, o que lhe causava grande mal-estar, obrigando-a a manter, durante longos períodos de tempo, a cabeça fortemente apertada entre as mãos, ou tapando com elas os ouvidos.

Nos casos em que as alucinações auditivas se manifestam sob a forma de diálogo entre duas pessoas, o tema da conversação pode ser alheio ao paciente ou ter o sentido de auto-referência. Algumas vezes o enfermo ouve longas discussões em que tomam parte muitas ''vozes'': umas discutem a sua vida anterior e condenam-lhe a conduta, outras tomam a sua defesa. Um dos nossos pacientes certa vez foi assaltado por ladrões, à noite, próximo de casa. Relatou a ocorrência desta forma: ''Fato interessante aconteceu comigo, ao mudar-me do Morro de São Carlos para o Pedregulho. Fui assaltado por ladrões, armados de revólver e parabélum. Nesse instante escutei uma voz dizer: 'Pode matar, que ele traiu'. Logo depois outra voz disse: 'Quando acabar, mata'. A primeira parecia a voz de Apolo e a segunda não pude identificar. Escutei uma terceira voz, no momento em que os ladrões me ameaçaram de fuzilamento, que dizia: 'Não façam isso'. Era a voz de minha mãe.'' O mesmo paciente, em outras ocasiões, ouvia o diálogo de ''vozes'' de pessoas conhecidas e desconhecidas, que eram ''captadas'' com perfeição e clareza. As ''vozes'' das pessoas amigas falavam entre si ''coisas boas'', enquanto as outras faziam ameaças, discutiam sua vida, julgavam seus atos, acusavam-no de traidor da classe operária ou diziam que ele estava maluco. Por exemplo, uma voz dizia: ''Ele está maluco''. A outra confirmava: ''Está sim''.

Um enfermo de Valejo Nágera informou: ''Tenho nos ouvidos três homens que falam continuamente entre si e passam de um a outro ouvido. Procuro interferir em suas conversações, porque o assunto muito me aborrece. Ouço discussões de minha família, minha mãe briga com meus irmãos, escuto falar pelo telefone sem fios. São vozes longínquas, como se saíssem da parede.''

Nos casos em que as alucinações dialogadas se relacionam com a pessoa do paciente, é muito comum que uma ''voz'' o ataque e outra o defenda. É, por exemplo, o que acontecia com um dos nossos enfermos. Algumas vezes escutava ''vozes'' masculinas falarem entre si, a respeito de sua pessoa. Uma dizia: ''Ele não é homem''. Outras contradiziam: ''Ele é homem, sim''. Outras ''vozes'' afirmavam que ele era um grande filósofo. Em certos momentos, as ''vozes'' dialogavam entre si, dizendo que, se a certas pessoas acontecesse tudo que lhe tem acontecido, certamente elas perderiam o controle e seriam arrastadas pelo desespero, acabando no crime ou no suicídio.

Seglás deu a denominação de ''alucinações bilaterais antagonistas'' aos fonemas de diferentes conteúdos percebidos em cada ouvido. Do lado direito falam coisas agradáveis e, do lado esquerdo, dirigem ao enfermo insultos e ameaças. Não se trata, porém, de vozes dialogadas, mas de uma forma alucinatória observada freqüentemente na esquizofrenia.

3) *Audição de vozes que interferem na própria atividade* — Em alguns casos, os enfermos escutam ''vozes'' que lhes transmitem ordens ou fazem comentários sobre os seus atos. Enquanto o paciente mantém a personalidade bem conservada, é possivel impedir as ''influências'' estranhas, mas à medida que o quadro clínico vai-se tornando mais grave, o enfermo se torna vítima passiva das ''vozes'' imperativas, fenômeno que contribui de modo considerável para a despersonalização. Essas ''vozes'' imperativas ou comentadoras dos atos são freqüentes nos casos de esquizofrenia. Representam manifestação de vivência de influência e se acompanham de estado de ânimo angustioso.

Um dos nossos pacientes, em certa fase da enfermidade, era atormentado por esse tipo de alucinação que não o deixava sossegado. A todo instante as ''vozes'' lhe transmitiam ordens ou acompanhavam os seus atos com co-

mentários desagradáveis. Por exemplo, ao sentar-se no restaurante para fazer uma refeição, as "vozes" se dirigem ao garçom, dizendo: "Serve mal, serve devagar". Ao procurar alguma prostituta no Mangue, no momento em que está em vias de realizar o ato sexual, aparecem as "vozes" perturbando: "Não pode. F... mal. Não deixa este puto gozar". No momento do exame, informou ter escutado uma "voz" que lhe segredou ao ouvido: "O médico já chegou a uma conclusão, você está maluco".

Outro enfermo, vítima dos mesmos fenômenos alucinatórios, confessa ouvir uma "voz masculina" que o comanda. Em certos momentos, a "voz", procura levar o paciente ao desespero, induzindo-o a praticar atos contrários à sua indole ou fazendo com que gaste o seu dinheiro na aquisição de coisas inúteis. A "voz" diz: "Vá tomar banho" e, quando ele obedece, critica-o por ter obedecido. Algumas vezes, as vozes alucinatórias criticam, corretamente, os impulsos patológicos, como é o caso de um paciente de Bleuler, que abrigava sentimentos hostis em relação ao seu médico-assistente. Encontrando-se certa vez próximo ao médico, a "voz" disse ao paciente em tom de reproche: "Agora, cretino, agride o médico, que é um homem decente". Kurt Schneider cita o exemplo de uma de suas doentes que, ao sentar-se no refeitório, uma "voz" dizia: "Agora come. Agora torna a comer como um animal".

Essas alucinações constituem a expressão evidente de vivências de influência, experimentadas pelo enfermo como algo estranho a si próprio e que interferem diretamente em sua vontade. Quando as "vozes" têm caráter imperativo, os doentes costumam praticar aquilo que elas determinam.

De modo geral, os alucinados do ouvido se recusam a dar informações sobre as suas alucinações e, quando insistimos nisso, respondem simplesmente: "O senhor sabe muito bem do que se trata".

Alucinações táteis e de contato

As primeiras são encontradas nas perturbações mentais tóxicas. Os enfermos sentem sobre a pele pequenos animais. Encontram-se com mais freqüência nos transtornos psicóticos tóxicos, especialmente no *delirium tremens* e no cocainismo. Nesses casos, os pacientes sentem que pequenos animais andam sobre a pele, como baratas, aranhas, percevejos, pulgas, piolhos, formigas.

Um dos nossos pacientes, alcoolista crônico, num surto agudo de *delirium tremens*, retirava da cabeça e da testa punhados de pequenas aranhas, colocava-as sobre a mesa e mostrava-as ao médico, que, naturalmente, não via nada.

As alucinações táteis são comuns na intoxicação cocaínica apresentando-se combinadas com alucinações visuais quando o enfermo vê e sente que pequenos insetos andam sobre a pele, chegando a capturá-los com a mão.

Uma enferma de 36 anos, escritora, dedicada a assuntos históricos, durante o curso de uma intoxicação cocaínica, com delírio subagudo, ligeiramente inquieta e ansiosa, apresentava visões, mostrando-se receosa, pois admitia que queriam matá-la. Esta paciente se queixava de que não podia dormir à noite ou durante o dia, por causa da quantidade enorme de percevejos que andavam sobre sua pele e a picavam. Ela própria retirava os percevejos e

mostrava-os ao médico. A fim de dissuadi-la da existência dos pequenos animais, entreguei-lhe um frasco de vidro branco, com tampa de cortiça, e pedi-lhe para catar os percevejos durante a noite e colocá-los no vidro. No dia seguinte, ela me devolveu o frasco e disse que o mesmo estava "fervilhando" de percevejos. Nada havia dentro do frasco. Destampei-o e sacudi-o de boca para baixo, mostrando que ele nada continha, mas ela não se convenceu e continuou ainda durante muito tempo se queixando dos insetos que andavam sobre sua pele.

As formas *passivas* oferecem dificuldades para se diferenciar os fenômenos puramente alucinatórios das alterações da cenestesia, assemelhando-se também com fantasias, nos casos em que os enfermos fazem referência a formigamentos e sensações de queimadura em diferentes partes do corpo.

Em um dos nossos enfermos paranóides, as perturbações da sensibilidade tátil eram percebidas como "descargas de fluidos" que jogavam sobre ele para causar-lhe mal-estar. Essas "cargas de fluidos" eram acompanhadas de "vozes" que diziam: "Se você contar qualquer coisa, diremos que você está maluco", ou então falavam como se dirigissem a uma terceira pessoa: "Acho que ele está maluco" e, em seguida, jogavam a "carga de fluido".

As *alucinações de contato* estão, em sua maioria, localizadas nas zonas erógenas e aparecem com mais freqüência no sexo feminino. As enfermas se queixam de serem vítimas da prática de relações sexuais, de defloramento, de masturbação.

Féré cita o caso de um enfermo epiléptico que, de vez em quando, apresentava alucinações de contato na mão esquerda. O paciente sentia o contato de corpos estranhos em sua mão e os sacudia para longe. Eram não só objetos volumosos, como uma maçã, um cabo de vassoura, mas objetos pequenos: "Eu sinto uma agulha de tricô; sei perfeitamente que ela não existe, mas não posso fazer outra coisa senão arremessá-la para longe, mas não adianta, porque logo é substituída por outra."

G. Vella realizou um estudo metódico sobre as alucinações táteis, tentando estabelecer traços característicos segundo apareçam nos transtornos psicóticos tóxicos ou na esquizofrenia. Considera que as alucinações táteis de caráter passivo, sob a forma de contato, são freqüentes nos enfermos esquizofrênicos. Esses enfermos experimentam a sensação de que são tocados por alguém com fins maléficos ou com o desejo de molestá-los. É, por exemplo, o caso do enfermo paranóide citado acima. Em outros casos, os pacientes sentem que são apanhados pelo braço, por alguns dos seus perseguidores, a fim de apressar-lhes o passo.

As alucinações táteis, de modo geral, têm conteúdo desagradável, embora, excepcionalmente, possam apresentar aspecto agradável em alguns enfermos com delírio místico, que fazem referência a experiências táteis alucinatórias qualificadas de celestiais, que são vivenciadas durante os episódios estáticos. Santa Gertrudes, durante um desses episódios, apresentou um tipo de alucinação de contato, descrito por ela mesma: "Parecia-me que o meu rosto se comprimia contra outro rosto. Nesta visão, os Vossos olhos, brilhantes como os raios do Sol, fixaram-se nos meus e quando me mostrastes a Vossa face adorabilíssima, uma luz de doçura inefável passou dos Vossos olhos divinos para os meus e, seguidamente, até os recessos do meu ser."

Alliez e Savy tentaram estabelecer a distinção semiológica entre as alucinações verdadeiras relacionadas com os órgãos genitais, que ocasionam prazer físico, e as sensações táteis ou cenestésicas, observadas com mais freqüência, porém, menos precisas, experimentadas por alguns enfermos nos órgãos genitais, e que se acompanham, habitualmente, de sentimentos angustiosos.

No curso da esquizofrenia, as alucinações táteis e de contato podem desempenhar importante papel na produção do chamado "delírio de perseguição física".

Alucinações olfativas e gustativas São relativamente raras. Apresentam-se quase sempre associadas. Observam-se, habitualmente, na esquizofrenia, e têm, em geral, conteúdo desagradável. O enfermo é perseguido por sensações repugnantes de mau odor: de cadáver, de carne deteriorada, de pano queimado, de lixo, de mofo e de cheiro pútrido de fezes. Em alguns casos, ao doente parece que o mau odor provém dele próprio. Nos casos em que os pacientes se julgam influenciados por gases tóxicos, trata-se de interpretações delirantes de percepções normais.

Exemplo — *"Na última vez que estive doente, na minha casa tinha emanações de gás, emanações horrorosas de gás. Eu vou contar ao senhor. Foi horrível, horrível mesmo. Eu não queria mais relembrar, mas eu tenho de contar, para chegar ao âmago do problema.*

"Na minha casa estava aquele cheiro de gás. Então era um cheiro horrível, intolerável. Ninguém sentia. Somente eu sentia aquele odor desagradável. Então diziam que eu estava maluca. Eu passava o dia todo lavando as coisas: lavava os meus turbantes, mas não desaparecia aquele fedor horrível. Era uma coisa medonha. Tudo fedia, era um fedor insuportável, mas ninguém percebia nem sentia. Diziam: anda com mania de limpeza, está maluca."

Em um dos nossos enfermos paranóides, que apresentava uma extraordinária abundância de fenômenos alucinatórios, as alucinações do olfato e do paladar estavam particularmente associadas à transfiguração qualitativa da vivência de significação das coisas. Percebia odor de cadáver, de carne podre, de pano queimado. Explicava: "Não é pano queimado com fogo, mas pano tostado pelo ferro que desprende um cheiro desagradável e me faz tossir". Percebia odor de lixo, de mofo e cheiro pútrido de fezes.

As alucinações gustativas consistem, segundo as informações dos enfermos, em que o alimento tem um sabor estranho, metálico, um sabor de droga que não pode ser identificado. Queixam-se os doentes de sentir um gosto desagradável na boca, que permanece durante todo o dia. A sitiofobia pode resultar de alucinações do paladar, quando o enfermo "percebe" gosto de veneno na comida.

O mesmo paciente acima citado informou que, algumas vezes, ao entrar alguém fumando cigarro no bonde em que viajava, começava imediatamente a sentir um gosto desagradável na boca que permanecia durante todo o dia. Percebia um sabor diferente nos alimentos, um sabor de droga, que não podia identificar. Acontecia com freqüência que à noite, ao deitar-se, estava perfeitamente bem de saúde, mas, pela manhã, acordava "com a boca amarga, a língua encoberta e o corpo doído". Estas alterações indicavam uma perturbação da sensibilidade geral e não, propriamente, do sentido do paladar.

Alucinações cinestésicas Estas alucinações se relacionam com os movimentos e, em certo sentido, com o equilíbrio. Alguns enfermos têm a impressão de que o seu corpo realiza, espontaneamente, determinados movimentos. Outros admitem que os seus músculos se contraem, que um dos braços se levanta ou uma das pernas se encolhe, sem que, na realidade, se observe qualquer movimento na parte indicada. Apesar de já terem sido registradas em esquizofrênicos, estas alucinações são observadas com mais freqüência em enfermos neurológicos. Por exemplo, nos parkinsonianos, antes mesmo de se manifestar o tremor, o enfermo se queixa de que experimenta um tremor interno. Pacientes portadores de miastenia grave têm a impressão de que falam ou de que não falam. Em casos de epilepsia já foram verificadas, no início das crises, impressões de que algum dos membros do paciente se movimenta, independentemente de sua vontade. Outros se sentem arrastados por algum movimento.

Lhermitte chamou estas alucinações de *neurovestibulares*, as quais, embora sejam observadas freqüentemente em casos neurológicos, são encontradas também em psicóticos. Alguns esquizofrênicos percebem, às vezes, sensações de movimentos anormais, sentem-se como se estivessem suspensos no ar, voando, como se o chão se afundasse ou se elevasse, experimentam movimentos de rotação em diferentes sentidos, sentem-se impelidos a andar ou a executar determinados movimentos. Os casos citados como de "levitação", manifestada por enfermos esquizofrênicos e histéricos, devem ser catalogados como alucinações do sentido muscular.

Exemplo — *O paciente e um dos seus companheiros costumavam, de vez em quando, tomar altas doses dos xaropes "Romilar" e "Revenil". Certa ocasião, estando o amigo viajando, ele comprou o xarope e ingeriu quase todo o conteúdo do frasco. Em seguida se dirigiu a uma churrascaria para almoçar. Pouco tempo depois de ter-se sentado à mesa sentiu que o mundo virava de cabeça para baixo. Agarrou-se às bordas da mesa e permaneceu "de cabeça para baixo", apavorado, angustiado e aterrado, porque se encontrava naquele momento "no mundo dos antípodas". Não sabe como as coisas retornaram à posição normal. Apareceu uma pessoa conhecida e então pediu-lhe para levá-lo para casa, pois sentia-se fraco, as pernas trêmulas e com dificuldade para andar.*

Alucinações cenestésicas As alucinações cenestésicas podem estar relacionadas com sensações anormais em diferentes partes do corpo, localizadas, de preferência, no sexo feminino, nos órgãos genitais. Estas podem representar a revivescência de imagens de contato, ocasionadas por traumas nas zonas erógenas. Já nos referimos a que as pessoas do sexo feminino têm muita facilidade de reter as imagens de contato relacionadas aos órgãos genitais. Muitos enfermos fazem referência a sensações estranhas em outros órgãos: algo pressiona os olhos, na parte interna,

de modo que, ao olharem-se no espelho, percebem atemorizados que os olhos estão projetados para fora das órbitas; outros referem-se a sensações estranhas no cérebro, como se ali tivessem colocado uma pedra de gelo. Sentem, em alguns momentos, "as veias correrem dentro do corpo"; "uma bala girar em espiral dentro do crânio, subindo da base para a parte superior". Sensações relativas à cabeça são referidas como se algo pressionasse o cérebro, que aumenta de forma desmedida a ponto de espedaçar-se o crânio. Especialmente no início da enfermidade, os pacientes se queixam de dores internas, que "o couro cabeludo está tão sensível que o menor toque no cabelo produz dores lancinantes"; têm sensações de frio ou de calor intenso; sentem dentro do corpo como se tivessem colocado ali óleo fervendo; seus olhos e seus cabelos expelem chamas. Insuflam ar em seus pulmões, o que produz uma sensação desagradável de sufocação e de morte iminente.

Em geral, as alucinações cenestésicas manifestam-se combinadas com delírio de influência física, isto é, sensações anormais que são impostas do exterior, através de aparelhos especiais. Um enfermo paranóide, de nossa observação, queixava-se de que coziam os seus pulmões, enfiavam uma agulha no seu coração, queimavam o seu rosto com pontas de charuto e de cigarro acesos, sentia introduzirem um punhal em qualquer parte do seu corpo, colocavam água fervendo nas veias do coração, apertavam os seus testículos e davam marteladas na sua cabeça. Tudo isso, explicava, era feito através de fluido magnético.

Estas vivências de influência corporal são extraordinariamente importantes para o diagnóstico da esquizofrenia. Acompanham-se, em geral, de um sentimento de estranheza, de perplexidade, por serem vivenciadas as alucinações cenestésicas como influência do ambiente, como "irrupção no próprio eu".

Cabaleiro Goás apresenta o exemplo de um dos seus casos clínicos, relativo a uma enferma portadora de intensas alucinações, em que sobressaem as vivências de influência corporal: "Das lâmpadas elétricas saltam chispas, que se metem por debaixo da cama para me atormentar. Não vê você que os olhos que tenho são de minha irmã? Eu não tenho medo da guerra. Os líquidos das injeções que me aplicam estão infectados e dissolvem os meus ossos e me entranham um odor desagradável. A estrela se transformou em uma menina com sapatinhos iguais aos meus. Olhe para os meus braços e veja como estão ocos: é porque as fichas estão comendo os meus ossos. O mar ri com dentes etéreos. Ouço dentro do poço as vozes dos cadáveres e debaixo de uma árvore do jardim ouço como se queixa minha irmã. Oh! O mundo".

Alucinações psíquicas Baillarger foi quem primeiro fez referência a certos fenômenos alucinatórios, de difícil interpretação, aos quais deu a denominação de alucinações psíquicas. As imagens alucinatórias não têm um verdadeiro caráter sensorial, objetivo. Os enfermos fazem referência a "palavras sem som", dizem, por exemplo, que falam com indivíduos estranhos por "direta comunicação do pensamento", por uma espécie de "linguagem dos espíritos", feita de "vozes sem ruído", de "palavras

secretas e interiores que não soam". Um dos nossos doentes, esquizofrênico paranóide, apresentava alucinações desse tipo, que foram descritas por ele deste modo: dias depois de ter sido assaltado por ladrões, quando almoçava numa pensão, viu entrar um dos ladrões, que se sentou numa mesa próxima. O paciente estabeleceu então uma conversa com o suposto ladrão, através do pensamento: "O ladrão disse: Sobre o seu relógio e outras coisas, foi o Prata quem mandou roubar. No mesmo instante o ladrão perguntou ao Prata: Você mandou roubar, não foi, Prata? Escutei o Prata confirmar: Mandei, sim. O ladrão fez ameaças: Se denunciar eu mato." O mesmo paciente "conversou", certa ocasião, com um seu amigo que se achava na Europa, mostrando-lhe este, de onde estava, alguma coisa através do pensamento. Nesse caso, não se tratava de linguagem falada, como explicou posteriormente, mas de voz sem som, de uma linguagem interior, de um diálogo silencioso de pensamento a pensamento. Baillarger chamou este fenômeno de alucinação psíquica pela inexistência de elemento sensorial.

Alucinose O termo alucinose foi empregado, pela primeira vez, por Wernicke, para designar os estados alucinatórios agudos, observados nos alcoolistas. Trata-se de uma síndrome caracterizada por alucinações auditivas verbais, dotadas de grande nitidez sensorial, estado de ânimo angustioso, conservando o doente plena lucidez da consciência, orientação e capacidade de crítica em face das perturbações alucinatórias.

Para Claude e Ey, o termo alucinose serve para designar os casos em que as alucinações se apresentam como "figuras perceptivas ilusórias", dotadas de vivacidade sensorial e criticadas pelos enfermos. A escola francesa procura estabelecer a distinção entre alucinose e alucinação, tomando como princípio o fato de o enfermo reconhecer o fenômeno como patológico na alucinose.

Do ponto de vista da fisiopatologia, não se pode estabelecer distinção alguma entre os dois fenômenos psicopatológicos.

Alucinose peduncular Sob a denominação de alucinose peduncular, Lhermitte descreveu, em 1922, em casos de lesões pedunculares, um estado alucinatório de natureza hipnagógica, caracterizado pelo desfile de imagens visuais, móveis, múltiplas e coloridas. As imagens surgem de preferência ao anoitecer, quando as percepções perdem a nitidez, e se desenvolvem silenciosamente como num filme cinematográfico. Os distúrbios não são acompanhados de ansiedade, nem de interpretações delirantes. Os enfermos, algumas vezes, podem reconhecer o caráter irreal do fenômeno alucinatório, mas, freqüentemente, há alteração da consciência de tipo oniróide.

Pseudo-alucinações As pseudo-alucinações são produtos patológicos da atividade representativa. Foram descritas pela primeira vez pelo psiquiatra russo V. K. Kandinski. Constituem-se de imagens dotadas de clareza sensorial, as quais, ao contrário das alucinações verdadeiras, são percebidas numa espécie de espaço subjetivo. Distinguem-se das aluci-

nações pelo fato de as imagens visuais e as vozes serem localizadas no interior da cabeça ou na parte interna do corpo.

Kandinski empregou a expressão pseudo-alucinações para designar os casos em que as imagens percebidas careciam de objetividade. Nas alucinações verdadeiras, as imagens visuais e auditivas são projetadas para o exterior, para o espaço objetivo. A nitidez sensorial e a impressão de realidade são de tal ordem que dão ao enfermo uma irresistível força de convicção. Nas pseudo-alucinações, ao contrário, o paciente não desconhece o caráter falso dos fenômenos.

Visões fantásticas As visões fantásticas representam um fenômeno psicopatológico muito raro e são constituídas por imagens projetadas no campo visual subjetivo. Tais fenômenos são extremamente variados, móveis, coloridos e manifestam-se espontaneamente ou por influência da vontade. Para isso, além das condições pessoais específicas, é necessário que o enfermo se coloque em posição adequada, com os olhos cerrados e com a atenção inteiramente passiva. Acompanha-se de tonalidade afetiva agradável.

As ilusões fantásticas foram descritas por Johannes Müller numa auto-observação: "*É raro que, antes de adormecer, não veja com os olhos cerrados, na obscuridade do campo da visão, diversas imagens luminosas. Desde minha juventude experimento esses fenômenos, que sempre tentei diferenciar das imagens próprias do sonho porque com freqüência podia pensar nelas antes de adormecer. Uma auto-observação continuada permitiu colocar-me em situação de estimular a sua aparição, de fixá-la. Quando quero observar essas imagens luminosas miro com os olhos fechados, em absoluto repouso, na obscuridade do campo visual. Procuro conservar em repouso completo todo o organismo em relação às impressões externas. No campo visual obscuro aparecem manchas luminosas, em cores variadas e mutáveis, substituídas em seguida por imagens limitadas de objetos diversos, a princípio de forma indecisa, mas logo adquirem perfeita clareza. Não há dúvida alguma de que são realmente objetos luminosos e, às vezes, também coloridos. Movem-se, transformam-se, nascem às vezes ao lado do campo visual com vivacidade e nitidez tais, não igualadas pelas percepções normais. São figuras raramente conhecidas; de ordinário, figuras estranhas, homens, animais nunca vistos, lugares iluminados, nos quais jamais estive. Não há a menor relação entre esses fenômenos e minhas vivências diurnas. Com freqüência, persigo esses fenômenos durante meia hora, até que finalmente se transformam em fantasias próprias do sonho.*"

Um dos nossos esquizofrênicos, viajando de Niterói para o Rio, descobriu que tinha a capacidade de provocar o aparecimento de visões desse tipo e, desde então, começou a perceber, quando desejava, a imagem de lindas mulheres nuas, com a mais perfeita nitidez e clareza sensorial. Essas visões ele as podia provocar à vontade, bastando para isso tomar uma posição cômoda, com o corpo em completa imobilidade, e fechar os olhos, muito embora as "vozes" algumas vezes tentassem perturbar a apresentação das imagens.

Fisiopatologia das alucinações

Em 1890, V. K. Kandinski assim definiu a alucinação: "Por alucinação entendo a excitação das áreas sensoriais centrais, que não dependem diretamente das impressões exteriores: o resultado dessa excitação é a imagem sensorial que representa na consciência uma percepção com idêntico caráter de objetividade e realidade; em condições normais, as impressões sensoriais resultam diretamente de percepções das impressões reais." É provável que essa definição tenha sido a origem de muitas teorias sobre a patogenia das alucinações.

Desde há muitos anos que se consideram as alucinações como fenômenos psicopatológicos de origem central e não periférica.

Em fins do século passado, precisamente em 1880, Tamburini emitiu uma teoria patogênica da alucinação, em que considerava a origem do fenômeno como resultado de excitação dos centros corticais. Partindo do princípio de que o conhecimento das zonas corticais onde terminam as vias sensitivo-sensoriais poderia dar uma informação correta sobre a origem das alucinações, admitiu que a excitação dos referidos centros produziria fenômenos ilusórios e alucinatórios. A esse respeito, escreve: "Do mesmo modo que a excitação mórbida de um centro motor produz fenômenos desordenados e intensos movimentos (convulsões), assim também a excitação patológica dos centros sensoriais do córtex deverá originar sensações falsas (ilusões e alucinações)."

A alucinação estaria para os centros sensitivo-sensoriais como a epilepsia para os centros motores. Por isso, admitiu que a alucinação era uma espécie de "epilepsia dos centros sensoriais". "Convém admitir — escreve — uma excitação mórbida constante dos centros sensoriais corticais, que pode ter seu ponto de partida ora no órgão periférico da sensibilidade, ora na via condutora, ora no próprio centro. Um estado irritativo, com sede sobre um desses pontos, terá como resultado uma sensação mórbida, a qual será tanto mais simples quanto mais periférica for a lesão, tanto mais complexa quanto mais central." Acentua ainda que "as lesões irritativas dão movimentos automáticos (convulsões), assim como as destrutivas condicionam a abolição do movimento (paralisias) e o comprometimento funcional é tanto mais intenso quanto mais central seja a lesão".

A pesquisa eletroencefalográfica trouxe uma importante contribuição ao conhecimento da patogenia das alucinações. Pela estimulação elétrica do lobo temporal de epilépticos que apresentavam crises psíquicas, Penfield conseguiu reproduzir fenômenos ilusórios, alucinatórios e sonhos complexos, ora completamente novos, ora idênticos aos que sobrevinham durante os acessos epilépticos. Por exemplo: ao aplicar uma leve corrente elétrica numa área restrita do lobo temporal, um dos pacientes submetidos à experiência exclamou subitamente: "Ouço minha mãe e meu irmão conversando". Neste caso particular, quando Penfield deteve a estimulação e fez perguntas, o paciente explicou que eles estavam na sala de sua casa e ele, paciente, parecia estar ali também vendo e ouvindo as mesmas coisas que ouvira e vira em algum tempo passado. E, apesar disso, tinha ao mesmo tempo a certeza de

que estava na sala de operações e na mesa de operação. "Os fenômenos alucinatórios provocados dessa maneira — escreve Gastaut — têm de notável o fato de que são sempre constituídos por material rememorado, o que conduz a pensar na possibilidade do lobo temporal ser dotado de estruturas neuronais capazes de reter experiências passadas, razão pela qual Penfield localiza categoricamente a memória — e sua variedade morfética, o sonho — no lobo temporal."

Não existem "várias patogenias possíveis" do processo alucinatório, como ensina erroneamente Mira y López. Podem existir várias causas capazes de produzir as alucinações, mas o mecanismo fisiopatológico do fenômeno é sempre o mesmo. Vejamos como a escola pavloviana o explica:

Para I. P. Pavlov o mecanismo fisiopatológico das alucinações reside na concentração da inércia patológica do processo de excitação "...nas diferentes instâncias do córtex dos hemisférios — nas células que recebem diretamente a excitação tanto dos agentes externos como internos (primeiro sistema de sinalização da realidade), ou nas diferentes células (cenestésicas, auditivas e visuais) do sistema da palavra (segundo sistema de sinalizacão) e, do mesmo modo, em ambas as instâncias com diferentes graus de intensidade: algumas vezes ao nível das representações, em outras, aumentando a intensidade até alcançar a força das sensações reais (alucinações)".

As alucinações são explicadas, desse modo, como o resultado da inércia patológica, ocorrendo o transtorno ora no primeiro sistema de sinais, dando como resultado alucinações sob a forma de imagens; ora no segundo sistema de sinais, que produzem alucinações idiomáticas; ora em ambos os sistemas, simultaneamente, verificando-se então as alucinações por imagens e palavras.

A. G. Ivanov-Smolensky ensina que, se os fenômenos locais da inércia patológica do processo de excitação, que condiciona a repetição estereotipada de alucinações, se concentram de preferência na região visual ou auditiva do córtex, dão como resultado a manifestação de pseudo-alucinações (vozes que são ouvidas dentro da cabeça). Quando a excitação inerte se estende também sobre a projeção cortical da acomodação visual ou auditiva do correspondente órgão dos sentidos, então a alucinação está projetada para o exterior e adquire o caráter de verdadeiras alucinações. O referido autor é de opinião que, na base das alucinações, nem sempre se encontram os fenômenos de inércia patológica.

E. A. Popov assevera, com base em suas investigações, que as alucinações estão baseadas não num processo de excitação, mas num processo de inibição parcial do córtex cerebral. Verificou que as alucinações surgem nos estados de fase: as alucinações aparecem nas fases igualitária e paradoxal. Nos casos relativos à fase igualitária, os traços de percepções passadas ou imagens são evocados do mesmo modo como se obedecessem a um estímulo atual. Em relação aos casos em que prevalece a fase paradoxal, as imagens surgem de maneira mais intensa e o paciente registra muito pouco as ocorrências do mundo circundante, ou não o percebe de modo algum. Na prática da clínica, a aferição das fases hipnóticas pode ser observada durante o adormecer e o despertar, ou durante o sono. Em certas doenças mentais, a inibição parcial pode persistir durante longo tempo.

Popov revelou a estreita relação entre as alucinações e o sono, que não é mais do que uma inibição difusa das partes superiores do cérebro. Em apoio a sua tese, o autor diz que Kandinski, em seu trabalho sobre as "Pseudo-alucinações", publicado em 1890, já havia indicado a afinidade entre alucinações e sonho. Dizia que as alucinações são sonhos em vigília e os sonhos consistem em alucinações percebidas por pessoas adormecidas. Popov lembra que durante os sonhos percebemos tudo em imagens claras, vivas e dotadas de colorido emocional. Por mais absurdos e inverossímeis que sejam, às vezes, os acontecimentos ocorridos nos sonhos, quando dormimos não os julgamos com sentido crítico, nem duvidamos de sua veracidade. As características que se encontram nos sonhos podem também ser observadas nas alucinações, uma vez que os dois fenômenos consistem em pseudopercepções sem existência real. No caso do sonho a pessoa se encontra adormecida, não se move nem percebe nada além dos seus sonhos; a atividade se encontra inibida. No caso das alucinações, ao contrário, o indivíduo está desperto, suas pseudopercepções se combinam com as percepções normais, razão por que reage com atos diferentes diante dessa mistura complexa de percepções da realidade e enganos dos sentidos.

A esse propósito, Popov interroga: como pode a inibição dar lugar a alucinações? Procura dar uma explicação sobre o fenômeno, admitindo que as percepções normais se produzem em conseqüência de uma excitação nas terminações cerebrais dos analisadores, nas células nervosas do córtex dos hemisférios, ao passo que as alucinações, apesar de serem pseudopercepções, dão imagens vivas e ricas em colorido. Por isso, no caso das alucinações, seria preferível pensar numa excitação das células nervosas e não em sua inibição. Na realidade, a contradição aqui é apenas aparente e pode ser explicada, com facilidade, se lembrarmos da fase hipnótica paradoxal. Nessa fase, as células nervosas dão reações de respostas aos estímulos débeis. Por isso, os tênues estímulos residuais que, habitualmente, constituem a base das representações, podem dar lugar a alucinações quando existe uma reação paradoxal das células nervosas.

E. A. Popov conclui que a base fisiológica das alucinações pode ser, em uns casos, focos inertes de excitação e, em outros, uma das fases de inibição.

Guiliarovski chama a atenção para o fato de as alucinações surgirem, com maior facilidade, nos estados intermediários entre a vigília e o sono. "...É necessário voltar a atenção para uma particularidade clínica das alucinações, cuja análise fisiológica pode ajudar a compreender a natureza dos fenômenos alucinatórios. As observações clínicas estabeleceram, há muito tempo, que as alucinações surgem com especial facilidade nos estados intermediários entre a vigília e o sono. As alucinações são freqüentemente observadas quando, com o objetivo de tratamento, é administrada medicação hipnótica, cujas doses não chegam a ser suficientes para produzir o sono. Na inibição cortical completa e profunda não se observam alucinações; aparecem nas fases intermediárias. O processo alucinatório constitui algo móvel, precisamente em relação com a mudança das fases hipnóticas. A inibição é ainda insignificante no começo do sono, quando se manifestam as chamadas alucinações hipnagógicas."

E. A. Popov salientou a importância da mudança da fase na dinâmica das alucinações.

Nos estados alucinatórios há uma excitação das extremidades corticais dos analisadores. Por essa razão, os transtornos mentais nos cegos de nascença não se acompanham de alucinações visuais.

Diagnóstico das alucinações

Na maioria dos casos, a observação direta do enfermo pode dar-nos uma impressão sobre a existência de alucinação. Por exemplo, nos delírios febris e nas perturbações mentais delirantes, as alucinações refletem-se na conduta do paciente e podem ser estudadas através de determinados sinais objetivos. Nesses casos, o paciente não atende de modo completo às solicitações do examinador, porque está com a atenção voltada para suas alucinações, traduzindo-se a dupla atenção na expressão fisionômica, nas respostas a perguntas imaginárias, nos gestos extravagantes. As alucinações visuais se revelam pelo olhar fixo em determinada direção, pela atitude especial e pela indiferença a estímulos visuais normais. Nos casos mais acentuados, os doentes tomam insensatas medidas para se defender das alucinações: escondem-se sob os lençóis ou tapam os ouvidos para não ouvir as "vozes"; esses casos não deixam dúvidas ao diagnóstico. No *delirium tremens*, as alucinações visuais costumam aumentar com uma leve pressão sobre os globos oculares (sinal de Lippmann). Geralmente, as alucinações do paladar e do olfato são diagnosticadas baseando-se na conduta do paciente (recusa do alimento). Quando as alucinações são discretas, os enfermos tendem a mantê-las em segredo.

Os fenômenos alucinatórios não constituem algo de espontâneo, desligados da vida mental do enfermo, ao contrário, devem ser considerados como parte integrante do conjunto dos processos psíquicos intimamente ligados à personalidade de quem os padece. O conteúdo das alucinações e sua estrutura são determinados pelo estado de ânimo e pelas representações dominantes. Diz Noyes: "As imagens alucinatórias, que o doente aceita como realidade, representam a projeção para o mundo exterior de necessidades psicológicas, tais como realizações de desejos, a exaltação da própria personalidade, a crítica, a censura, o sentimento de culpa, a autopunição, a satisfação de impulsos reprimidos ou rechaçados ou, talvez, o desejo de uma realidade mais satisfatória". Störring acha que se devia investigar se esse processo de projeção é favorecido ou provocado por uma disposição eidética.

O estudo pormenorizado das alucinações contribui de modo considerável para o esclarecimento da enfermidade em seu conjunto e para o estabelecimento do diagnóstico.

Valor semiológico

As alucinações apresentam-se em quase todos os transtornos mentais.

1) A *esquizofrenia* é a enfermidade em que se encontram com mais freqüência as alucinações, devido à variedade dos equívocos sensoriais e, também, porque os doentes vivem em um mundo transmutado. Na forma paranóide, observa-se freqüentemente um conjunto mais ou menos estável de alucinações auditivas verbais, relacionadas com as perturbações delirantes do pensamento: vozes que injuriam ou ameaçam, as quais são atribuídas a perseguidores. Os pacientes costumam discutir com as vozes, ou, muitas vezes, tomam medidas defensivas, obturando os ouvidos com algodão. Quando as vozes têm caráter imperativo, os doentes habitualmente praticam aquilo que elas determinam. Na esquizofrenia, as alucinações auditivas podem constituir o primeiro sintoma da enfermidade, porém o exame cuidadoso sempre revela ao mesmo tempo alterações primárias do pensamento e a vivência de interferência alheia no próprio eu. Quando um jovem começa a apresentar alucinações auditivas com um estado de lucidez de consciência, deve-se pensar em primeiro lugar numa esquizofrenia incipiente. A audição de vozes que acompanham com observações os atos do enfermo representa uma manifestação característica da esquizofrenia. A sonorização do pensamento constitui também uma forma alucinatória própria da esquizofrenia, assim como o roubo do pensamento. Nessa enfermidade, as alucinações *cenestésicas* são as mais comuns; seguem-se as alucinações *auditivas*.

As alucinações *visuais* são raras na esquizofrenia. Mas, quando surgem, são complexas e originais, consistindo em imagens de pessoas, visões de santos, de espíritos, ou imagens diversas dotadas de conteúdo simbólico.

Barbara O'Brien descreveu o quadro clínico de sua perturbação esquizofrênica, iniciada com alucinações visuais que se mantiveram durante todo o curso da enfermidade:

"Minha esquizofrenia surgiu, abruptamente, na forma que hoje é considerada mais favorável a um prognóstico otimista.

"Operadores — *Acordei um dia, numa época de grande tensão pessoal e conflito interior, e encontrei três figuras cinzentas e um tanto delgadas ao lado da cama. Fiquei, como se poderia imaginar, completamente fascinada por elas.*

"O garoto tinha cerca de doze anos, era bonito e tinha um sorriso agradável, tranqüilo. O homem idoso era impressivo: sólido, conservador, um homem fidedigno, com regras próprias. O terceiro era um verdadeiro ser sobrenatural, com cabelos de oito centímetros, preto, reto e flácido, e com um corpo também longo e flácido. O rosto não pertencia ao corpo ou ao cabelo: os traços eram finos e sensíveis, a expressão arrogante e inflexível.

"Estavam lendo minha mente. Podia percebê-lo pela maneira como os olhos deles se concentravam em meu rosto, pelas expressões dos rostos quando me observavam ao pensar."

João Cândido, quando adoeceu, apresentava rica sintomatologia esquizofrênica, de onde se destacavam alucinações visuais extremamente complexas. Deitado em seu quarto, tinha visões: "Eram muitos homens e muitas mulheres." As pessoas vistas alucinatoriamente se dirigiam a ele, rogando para que não fosse à Macumba, porque lá elas não podiam comparecer. Em outras ocasiões, as "pessoas" desenterravam dinheiro e pedras preciosas e

mostravam para ele as mãos cheias de diamantes e de moedas de prata e ouro. "Era muito dinheiro, muito ouro e diamante." "Eles" perguntavam: "Você quer dinheiro, você quer diamantes?" João Cândido respondia: "Quero que vocês me deixem em paz". Algumas vezes aparecia a imagem de uma mulher, a quem ele perguntava: "Onde está o dinheiro que você tem para mim?" A "mulher" respondia: "O dinheiro está no Banco do Brasil". Certa noite, já internado na Clínica de Repouso, a "mulher" apareceu e disse: "Agora eu vou embora. De onde não se espera daí é que sai". Desse momento em diante as visões desapareceram.

O que há de mais característico na esquizofrenia é a maneira como o doente vivencia a alucinação. Para ele não se trata de algo casual. O enfermo paranóide está convencido de que o médico e o pessoal do meio hospitalar também ouvem as vozes; não lhe resta a menor dúvida de que os outros são atingidos sem culpabilidade, porque é ele o único a quem se pretende atingir, a quem se visa castigar.

2) Nos transtornos mentais afetivos, as alucinações desempenham papel pouco expressivo. Quase sempre há ilusões (falsos reconhecimentos) dependentes da mobilidade da atenção e da atitude afetiva do paciente. "Os enfermos melancólicos ouvem, às vezes, determinadas *vozes* que o caluniam e ameaçam, porém, devo confessar que só pude convencer-me da veracidade dessas alucinações auditivas nos casos em que fatores de natureza exógena se encontravam associados ao quadro clínico" (Bumke).

3) Na *epilepsia*, as alucinações estão dotadas de muita vivacidade e nitidez sensorial e, em geral, determinam estado angustioso. Predominam visões e, em seguida, alucinações auditivas e cenestésicas. Em alguns enfermos é possível observar a manifestação de equívocos sensoriais como início da crise: ilusões e alucinações com perfeita nitidez, que podem ocorrer em todos os órgãos dos sentidos, com predominância para o aparelho visual. Podem ser elementares, como chamas, cores imprecisas; complexas, como cenas; ou sob a forma de objetos fantásticos ou imagem de uma pessoa conhecida. Nesses casos, o fenômeno alucinatório permanece sempre o mesmo para o mesmo doente. Em alguns enfermos, manifestam-se estados alucinatórios paroxísticos, configurando um tipo de crise psíquica parcial. No curso dessas crises, que podem durar horas ou dias, o paciente revela inquietação, angústia ou o sentimento de ser ameaçado e perseguido. As visões observadas nesses casos são coloridas. A cor vermelha desempenha um papel preponderante: manifesta-se sob a forma de sangue e de chamas. O ambiente é falseado no sentido das vivências, apreendido de forma fragmentária e elaborado de modo incompleto. Nesses casos, é quase impossível dialogar com o enfermo.

Exemplo — *"Estando em um lugar qualquer, percebia fortificações verdes. O quarto completamente vermelho e um açougueiro se encontrava junto a mim com o seu ajudante. Antes me fizeram raias encarnadas nos olhos. E quando olho para cima vejo uma cruz encarnada. Um círculo de três cores rodeia o meu corpo: vermelho, verde e azul. O vermelho embaixo, o verde no meio e o azul em cima. Agora estão um pouco misturados. Por que tenho uma coroa azul em minha cabeça, sobre os meus cabelos, pungente, e me crava como se uma força exterior a apertasse? Dois cordões de ouro sobre uma de minhas pernas. Por que fizeram esses sinais em minhas mãos? No quarto aparecem chamas encarnadas, tudo é dinheiro; por que tenho agora dinheiro nas mãos? Olha os sinais, agora se transformou de verde em vermelho. Olha o tabuleiro; quando minha mão não era assim não estava nele esta mancha. Por que fizeram uma cruz dourada em minha espádua? Na parede vi caras que podem ser vistas por você, não tão grandes como a sua, porém, são vistas claramente. Não me deixo perturbar. Ali no canto está um soldado vestido como um oficial. Na espádua tenho uma cruz dourado-avermelhada, com a ponta diretamente cravada no pescoço. Quando me inclino para a frente vejo a cruz em cima. Por que tenho uma cruz no nariz? Por que minha cabeça gira como se estivesse desprendida ? Olhem os meus dentes, posso movê-los como se estivessem soltos. A mesma coisa os olhos. É algo assim como se me houvessem queimado. Quantas reuniões fizeram aqui! Eles falam e eu não ouço nada. Sardenberg diz: 'Não queremos deixar o tormento, porém, não o ensinaremos'. Como se eu estivesse escondido. A minha língua se desprendeu e a posso mover em todas as direções. Olhe você agora as minhas pernas, ficaram vermelhas. Das minhas mãos e dos meus pés saem chamas, detrás da orelha tenho fogo e o mesmo em cima da cabeça. Diante da janela há um resplendor avermelhado, e nas folhas das árvores há uma cara; primeiro a da mãe e depois a da irmã. Diversas pessoas falam e dizem que o doente deve ser operado. Os enfermeiros lhe operam os testículos, os colocam de novo no lugar e costuram logo."*

4) Nos *delírios febris* predominam em geral as visões. São imagens oníricas multiformes, mutáveis, de tonalidade afetiva variável. Quanto maior é o ofuscamento da consciência, tanto mais predominam os fenômenos visuais. Ao lado desses fenômenos, alguns enfermos apresentam alucinações auditivas de caráter elementar: toques de campainhas, gritos; ou sensações anormais como, por exemplo, a impressão de que a cabeça aumenta de tamanho. Segundo Bonhoeffer, as alucinações cênicas da febre se distinguem das perturbações idênticas observadas no delírio alcoólico por sua menor sugestibilidade e porque o seu conteúdo não se encontra influenciado pelas imagens comuns (profissionais).

Uma paciente de Bumke, no curso de febre puerperal, ouvia ruídos localizados num canto do quarto e no interior do armário de roupa. Ao mesmo tempo ouvia pancadas na porta do quarto e a conversa de pessoas no corredor. Finalmente, viu seu marido — "mais gordo do que de costume" — sentado aos pés do leito e chorando.

5) *Transtornos mentais alcoólicos* — Na *embriaguez patológica* predominam as alucinações visuais e táteis.

No *delirium de abstinência alcoólica* as alucinações visuais dominam o quadro da enfermidade. Em geral, consistem na percepção de cenas fantásticas, em que participam pequenos animais movendo-se rapidamente ou grupos de pessoas de tamanho reduzido. Os fenômenos alucinatórios estão animados de intenso movimento e os seus conteúdos também mudam de maneira muito rápida. Algumas vezes, o espaço em que se encontra o enfermo também está em movimento. As paredes se encurvam ou se fundem, o teto

baixa, o piso oscila como um barco a vapor. A singular fugacidade e mobilidade das alucinações visuais aparece, especialmente, na visão de pequenos animais que saltam, correm e desaparecem subitamente da vista do paciente. Algumas vezes, fios, cabelos, arames e teias de aranha são percebidos em movimento. Os pacientes vivem cenas fantásticas. Por exemplo: exércitos de minúsculos soldados se empenham em batalhas cruentas, como foram descritas em seus mínimos pormenores por um doente de Kurt Kolle. Com referência a esse tipo de alucinação visual, própria do *delirium de abstinência alcoólica*, diz Mayer-Gross: "Os grupos liliputianos de músicos podem estar tocando canções brejeiras, e os amigos do paciente podem aparecer em tamanho diminuto, beber e rir para sua diversão, sendo seu único aspecto curioso o fato de não terem cabeça."

Bumke registrou um caso clínico de *delirium de abstinência alcoólica*, com intensas alucinações visuais:

"O nosso paciente falou com bastante correção sobre os acontecimentos dos dias anteriores à explosão do delírio e em seguida relatou: os arenques (que ele havia realmente comprado) saíram da cesta, caíram no solo e começaram a reproduzir-se e a crescer, de forma que não podia escapar deles; começou a pisoteá-los, porém as cabeças, as caudas e os troncos separados continuavam crescendo e reconstituíam cada parte um animal inteiro, de tal modo que logo se viu rodeado de milhares de arenques que se moviam rapidamente em torno de sua pessoa. Ao mesmo tempo apareceram, saindo de todos os lugares, sapos que se tornavam cada vez maiores. Informou ainda que as paredes da habitação se moviam e que o médico movimentava sempre a cabeça. Algumas horas mais tarde pôs em polvorosa — visivelmente agitado — toda a enfermaria, lançando as roupas da cama à distância e dizendo que as mesmas estavam sujas e contaminadas."

Na *alucinose alcoólica* surgem de preferência alucinações auditivas, em geral "vozes" na terceira pessoa. São "vozes" dotadas de nitidez sensorial e de conteúdo desagradável: censuram, insultam ou fazem comentários depreciativos sobre a pessoa do enfermo. Grünthal admite que esses conteúdos alucinatórios devem ser interpretados como expressão de receio angustioso por parte do paciente.

Segundo Benedetti, os enfermos fazem referência ao fato de terem apresentado, durante algumas semanas, surtos de ansiedade antes que surgissem as alucinações auditivas. Em muitos pacientes a alucinose representa a culminância de um desenvolvimento prolongado de medo patológico, e os enfermos têm, muito antes do episódio agudo, a impressão de serem repelidos e desatendidos pelos seus familiares. "O seu receio mórbido — escreve o autor citado — impedia os pacientes de andar pelos lugares públicos, pois sentiam *como se as pessoas se ocupassem deles.*"

Exemplo clínico de Bumke — *"Paciente com 41 anos de idade. Desde o seu ingresso na clínica vem apresentando idéias delirantes de perseguição, o que faz com que o doente feche, hermeticamente, as janelas. Há três dias vem-se mostrando muito angustiado, com a impressão de ouvir palavras obscenas procedentes do lado de fora da enfermaria, acreditando que vai ser assassinado e tomando o médico por um fantasma. Acredita que no escritório as pessoas falavam dele e o insultavam: 'porco, farrapo, matador de sogras'. Apresentou denúncia à Polícia e, ali, lhe disseram: 'nossas baionetas são afiadas'. Na clínica, tem apresentado estados de excitação, ouve os gritos de seus filhos do lado de fora, força a tranca da porta, acredita que o martirizam e o vão matar. Fala então de um júri a que foi submetido, ouve a sua sentença. Acredita ser perseguido por uma liga socialista e deseja ingressar nela para livrar-se da perseguição. Falso reconhecimento de outros enfermos (tomando-os por perseguidores); roga que lhe perdoem. Em seguida, apresenta crises de auto-acusação, durante as quais acredita ter insultado grosseiramente o enfermeiro-chefe e o médico, dirigindo-lhes frases obscenas. Continua ouvindo vozes que anunciam a sua sentença."*

No curso dos transtornos psíquicos provocados pelas *drogas alucinógenas*, aparecem alucinações visuais notáveis por suas características de sensorialidade, riqueza de colorido e diversidade de suas manifestações.

Em sua experiência pessoal com a *mescalina*, Haveloch Ellis descreve fenómenos alucinatórios visuais de extraordanária riqueza sensorial: *"Eu via jóias isoladas ou agrupadas sobre tapetes espessos e soberbos, às vezes atirando mil fogos, as vezes brilhando com um fulgor magnífico. Depois se transformavam ante meus olhos, adquirindo formato de flores, movendo-se como suntuosas borboletas, ou como as asas cintilantes, irisadas e fibrinosas de insetos maravilhosos. Às vezes, eu também tinha a impressão de olhar no interior de um imenso vaso oco e giratório, cuja parede côncava, polida, nacarada, estava revestida de tintas que mudavam rapidamente.*

"Mais ainda do que sua abundância, eu me espantava com a variedade de imagens que me apareciam. A cada instante, um gênero de efeito completamente novo manifestava-se em meu campo visual.

"Eram animados de movimentos rápidos, quer esplêndidas cores de um tom sóbrio (sendo que uma, em dado momento, pareceu aproximar-se de mim), quer fogos ou centelhas. Na maioria das vezes eram cores associadas em combinações de uma riqueza sóbria, com pontos brilhantes assemelhando-se a jóias.

"Não somente seu brilho, sua delicadeza, sua variedade me impressionavam, mas principalmente sua contextura encantadora e variada, fibrosa, tecida, polida, brilhante, semitransparente. O aspecto brilhante das jóias, a aparência fibrosa das asas dos insetos talvez fossem os mais freqüentes".

Weir Mitchell descreveu fenômenos alucinatórios visuais, associados a alucinações liliputianas, durante a *embriaguez mescalínica* que se assemelham às visões do sonho e do delírio oniróide: *"... Percebi qualquer coisa que se assemelhava a uma loja, com frascos de farmácia, mas tão esplendidamente verdes, vermelhos, purpúreos, que não existem semelhantes nas farmácias do país das fadas. Sobre a muralha à esquerda, alfinetado pela cauda, havia um verme marrom de talvez cem pés de comprimento. Girava lentamente como um sol de fogo de artifício, sem me causar repugnância. Enquanto girava, longos tentáculos verdes e vermelhos saíam de um ponto e de outro. Num banco, bem perto, dois anõezinhos, que me pareciam feitos de couro, sopravam longos tubos de vidro de cor verde, que pareciam ter vida, tão intensa e nítida era a sua cor. É inútil procurar palavras para descrever tais cores.*

Esses dois anões afiguravam-se estranhamente maciços e pareciam vivos. Sua imagem ainda está presente em minha memória e tenho a impressão de neles ter visto cores que me eram desconhecidas, e cuja variedade, assim como a estranha justaposição, eram fascinantes a qualquer pessoa para quem a cor signifique realmente mais do que para muitas outras.''

Alucinações autoscópicas no curso da embriaguez mescalínica foram descritas por um paciente de Haveloch Ellis: *''A luz que admiramos na Gruta Azul, em Capri, não é, posso afirmá-lo, tão azul quanto me pareceu ser, durante um instante, o interior de minha boca. Foi nesse momento, quando eu experimentava uma sensação de calor e febre nas faces, que tive a mais estranha de todas as visões. Pareceu-me, primeiramente, que a pele do meu rosto se afinava a tal ponto que não tinha mais consistência do que o papel de seda: depois, de repente, apareceu ante meus olhos a visão de meu corpo semelhante ao do papel, semitransparente, de cor um pouco avermelhada. Com grande espanto, vi a mim mesmo, como se me encontrasse dentro de uma lanterna chinesa, olhando o quarto através de minha face.''*

Esses dois anões afiguravam-se estranhamente maciços e pareciam vivos. Sua imagem ainda está presente em minha memória e tenho a impressão de neles ter visto cores que me eram desconhecidas, e cuja variedade, assim como a estranha justaposição, eram fascinantes a qualquer pessoa para quem a cor signifique realmente mais do que para muitas outras.''

Alucinações autoscópicas no curso da embriaguez mescalínica foram descritas por um paciente de Haveloch Ellis: ''*A luz que admiramos na Gruta Azul, em Capri, não é, posso afirmá-lo, tão azul quanto me pareceu ser, durante um instante, o interior de minha boca. Foi nesse momento, quando eu experimentava uma sensação de calor e febre nas faces, que tive a mais estranha de todas as visões. Pareceu-me, primeiramente, que a pele do meu rosto se afinava a tal ponto que não tinha mais consistência do que o papel de seda: depois, de repente, apareceu ante meus olhos a visão de meu corpo semelhante ao do papel, semitransparente, de cor um pouco avermelhada. Com grande espanto, vi a mim mesmo, como se me encontrasse dentro de uma lanterna chinesa, olhando o quarto através de minha face.*''

3. Alterações dos conceitos

Introdução psicológica

As operações intelectuais se classificam em conceitos, juízos e raciocínio.

O conceito é definido como ''a construção simbólica do espírito que, além dos dados sensoriais, tenta alcançar a essência dos objetos, agrupando-os num mesmo conjunto''. A palavra provém do latim *conceptu = concipere*: reunir, apreender de conjunto. É a redução do múltiplo à unidade, que nos faz apreender, em um só ato de pensamento, uma quantidade infinita de objetos, os quais guardam entre si algo de semelhante.

Segundo Nayrac, o conceito ''é uma generalização, uma reunião de traços diversos, não superpostos em uma simples somação de imagens, mas integrados pelo estabelecimento de relações possíveis com a atividade práxica''.

O conceito é o elemento estrutural do pensamento. Fröbes afirma que, para se captar os conteúdos intuitivos da vivência são indispensáveis os conteúdos intelectuais simplificadores, cada um dos quais tem aplicação ilimitada: os conceitos. Diz ainda que uma intuição em que o essencial está contido de maneira claramente perceptível é uma imagem típica: ''é o representante ideal do conceito geral empírico''. Menos intuitivos são os conceitos da experiência interna, como vaidade, alegria; outros escapam à intuição, como causa, efeito, finalidade.

Costuma-se fazer a distinção entre o conceito como entidade lógica e o conceito tal como é apreendido no curso dos atos psicológicos.

Em lógica, considera-se o conceito como uma forma de pensamento mediante a qual se exprimem os caracteres essenciais de um objeto. Por intermédio dos conceitos apreendemos o significado das coisas.

O conceito lógico tem as seguintes características fundamentais:
1ª) é constituído não tanto por seu conteúdo qualificativo, mas, principalmente, pelo índice de relações conceptuais, isto é, pelo fato de formar um sistema de relações; 2ª) ser universal. A universalidade representa uma das principais características do conceito. Entretanto, no universal se encontram todas as variedades do particular e do singular.

A gnosiologia estuda o aspecto particular da formação do conceito. A passagem da imagem ao conceito se faz através da abstração e da generali-

zação. No conceito se exprimem apenas os caracteres mais gerais dos objetos e fenômenos da natureza. Ao contrário das percepções, o conceito não tem elementos de sensibilidade, não sendo possível contemplá-lo nem imaginá-lo. O conceito resulta da síntese de um número considerável de fenômenos singulares. No processo dessa síntese é feita a abstração do que é casual e contingente, conservando-se o que é necessário e essencial.

No pensamento conceptual se realizam dois fatos essenciais: a eliminação dos caracteres de sensorialidade, ainda existentes na imagem, e a generalização.

O conceito psicológico é constituído pelos elementos fragmentários, pelos aspectos dos objetos que interessam a determinado indivíduo em particular, em virtude de sua cultura, instrução, inclinações, interesses específicos e temperamento, variando de indivíduo a indivíduo e durante a vida de um mesmo indivíduo. Já o conceito lógico, síntese de todos os aspectos do objeto, é idêntico para todos os indivíduos.

Já vimos, no capítulo precedente, que as representações significam a reprodução, na consciência, de percepções anteriormente vividas. Caracterizam-se pelo fato de os seus objetos serem apreendidos como reais e efetivos. Nesse caso, os traços referenciais do captado sensorialmente podem ser reproduzidos sob a forma de imagens, as quais conservam alguns elementos sensíveis do objeto que lhes deu origem. Porém, esses caracteres sensoriais da imagem não são idênticos aos da percepção originária. Isso se refere não só às imagens isoladas como também às de caráter geral.

Discute-se entre os psicólogos a questão relativa à diferenciação entre imagem e conceito. Os "associacionistas", isto é, os representantes da psicologia das associações, negam qualquer diferença entre imagem e conceito.

O domínio que a escola associacionista exerceu durante anos seguidos na psicologia impossibilitou a formação do conceito exato de imagem. A imagem é o ato intencional pelo qual representamos mentalmente um objeto com algumas de suas qualidades sensoriais. Ela conserva alguns elementos de sensorialidade, o que permite o reconhecimento do objeto, porém estas qualidades sensíveis são restritas, não contribuindo, por isso, para uma descrição completa do objeto representado em imagem.

O conceito não tem elementos sensíveis. É formado pela abstração dos caracteres de sensorialidade da imagem e pela generalização. O conceito contribui para a apreensão do significado do objeto. Difere da imagem porque não tem elementos sensíveis, é universal e forma um sistema de relações.

A existência das imagens é um fato de comprovação relativamente fácil, pois qualquer pessoa por experiência própria pode tentar reproduzir o mais intuitivamente possível a imagem de pessoas, edifícios, paisagens e terá oportunidade de comprovar que a fidelidade da reprodução depende do espaço de tempo transcorrido entre a percepção e a evocação de sua imagem. Quanto maior o tempo decorrido entre a percepção original e a imagem reproduzida, menor será a precisão dos traços da representação, pelo fato de esta perder, progressivamente, o seu caráter concreto intuitivo. Além disso, a precisão das imagens-lembranças depende consideravelmente da atenção dada ao ato

perceptivo. Este fato tem importância prática extraordinária, especialmente para o testemunho em tribunais, o que nem sempre é levado em consideração pelas autoridades judiciárias.

A esse propósito W. Stern cita este exemplo da incapacidade de reproduzir fielmente as imagens de cenas percebidas em virtude da falta de convergência da atenção:

"Durante uma aula prática em que estavam estudantes, um senhor entrou na sala, pediu licença para consultar um livro da biblioteca, passou algum tempo na sala a lê-lo e foi-se embora levando o livro (isto era rigorosamente proibido). Entretanto, tínhamos prosseguido nas nossas discussões, de maneira que os estudantes não haviam prestado atenção ao homem e ao que ele fazia. Uma semana depois, ficaram surpreendidos com o pedido de darem indicações sobre o incidente e o aspecto do homem.

"Teria sido de esperar que alegassem que estavam distraídos, dando só indicações muito escassas. Mas, surpreendentemente, não tiveram esse cuidado e deram numerosas indicações que, obviamente, eram em larga medida erradas. Não haveria juiz capaz de ficar com uma impressão adequada das suas informações contraditórias sobre o traje e o aspecto físico do homem, sobre se ele trazia ou não óculos. E só uma pequena minoria respondeu corretamente à pergunta principal. 'Que fez ele ao livro depois de o ter lido?' Alguns abstiveram-se de responder, mas a maioria declarou, sem hesitação: 'Voltou a colocá-lo na estante'."

Neste particular existem grandes diferenças individuais. Devem-se acrescentar a isto os elementos emocionais ligados à percepção. Quando um acontecimento é acompanhado de forte carga emotiva, seja de caráter agradável ou desagradável, pode ser relembrado com muitos pormenores, mesmo depois de transcorridos alguns anos. Isto porém não constitui uma regra geral, pois uma experiência traumática pode ser de tal modo reprimida que jamais será relembrada, embora a sua ação inconsciente possa ser altamente patogênica.

Em contraposição ao que foi dito com referência à reprodução intuitiva de imagens, os conceitos de pessoa, edifício, paisagens não se referem a algo singular e determinado, mas a uma noção geral.

A observação fenomenológica mais detida mostra que, no primeiro caso, o conteúdo intencional da imagem, como em qualquer outra imagem, está orientado para algo dado plasticamente, apesar de sabermos que a atualização da imagem não alcançará jamais a objetividade das percepções. Diz Lersch: "A representação tem sempre uma relação com o plasticamente dado na percepção." A imagem é por sua natureza o representante de percepções anteriores, das quais conservamos no subconsciente traços isolados da experiência. Além disso, a imagem possui contextura diferente da percepção. Conserva alguns caracteres de plasticidade, porém falta o essencial, que é o *aqui e agora* do objeto percebido. A reprodução imaginativa de um dado objeto não nos oferece esta realidade concreta e a corporeidade da percepção. Lersch chama a atenção para esta particularidade importante: a característica da imagem é apontar para a realidade concreta da percepção passada: nisto consiste precisamente a diferença com as formas de apreensão da

realidade que chamamos conceitos. Exemplifica: no conceito *casa* não nos interessa a atualização objetiva de uma casa concreta, senão o conhecimento de determinados significados da citada casa, como a possibilidade de ser habitada. Este fato pode ser pensado sem ser necessário imaginar determinada casa. "Os dados característicos contidos na representação geral são fornecidos intencionalmente, porém não são atualizados" (Lersch).

Diz o autor citado que "o conhecer e o saber algo mediante conceitos é um processo anímico diferente do atualizado sob a forma de representações". Ao conceito falta a tendência ao concreto: quando se fala de conceito abstrato queremos dizer com isso que ao fazer uso dele não imaginamos uma casa, um triângulo ou uma pessoa determinada, nem tampouco o esquema geral de uma casa, de um triângulo ou de uma pessoa: "referimo-nos à essência do triângulo, essência da casa, que está constituída por sua habitabilidade".

Ainda este exemplo: "Quando enunciamos a frase 'nenhum homem deve ser forçado a realizar atos contra a sua vontade', com o conceito homem pensamos em uma abstração, sem que seja necessário representá-lo plasticamente. É possível formar conceitos sem elaborar para isto uma imagem: assim acontece com o poliedro de mil faces ou com a 'curvatura do espaço', que podem ser pensados como conceitos, sem ser necessário realizá-los como representação" (Lersch).

A propósito da diferença entre imagem e conceito, disse Brentano: "Quando o objeto de uma representação ou de várias representações se converte em objeto de um conceito, a consciência muda a sua atitude com respeito a ele — o objeto é dado à consciência de um modo completamente novo". O modo intencional da consciência em relação aos conteúdos objetivos pode ocorrer sem a presença de imagens. Por isso diz-se, do ponto de vista fenomenológico, que as imagens e os conceitos diferem entre si, e o esclarecimento desta diferença consiste num mérito da psicologia do pensamento.

Em resumo, diz Lersch: "Geneticamente, as representações constituem a base para os conceitos, fundamentando-os; são a condição necessária para a sua possibilidade, porém não são iguais a eles quanto à sua essência."

Ao estudar a formação do conceito e sua significação para o conhecimento humano, Spearman assinala que "os conceitos vão desde idéias sobre coisas muito simples até as abstrações de alto nível, bastante distanciadas do nível do objeto. O pensamento, o progresso e o desenvolvimento, em todos os domínios da atividade humana, dependem da exatidão dos nossos conceitos".

Desde muito cedo os homens se utilizaram dos conceitos para descrever os objetos e fenômenos da natureza. Assim, através da observação continuada, foi possível agrupar, reunir, sistematizar em um único grupo objetos, acontecimentos e regiões que possuíam características comuns. Pelo mesmo processo surgiram os símbolos para expressar o significado dos conceitos. "Os símbolos primitivos relacionavam-se de perto com os objetos originais, tais como os desenhos das cavernas, a primitiva escrita pictórica, os hieróglifos. Os modernos sistemas de linguagem vão desde o relativamente simples ao bastante complexo. O uso extensivo dos símbolos é uma característica predominante das modernas culturas" (Burton). Diz ainda que "os conceitos e os símbolos servem para a comunicação, mas são também vitais para o raciocínio e para a descoberta de novas relações".

A esse propósito refere que não se pode pensar com clareza em qualquer campo do conhecimento sem conhecermos os conceitos sistemáticos em que esse campo se apóia. É mais ou menos o pensamento de Hempel, ao admitir que em todos os campos da atividade humana é manipulado um conjunto de conceitos básicos, que foram testados em maior ou menor grau. "A coisa mais importante, de fato, a aprender em qualquer campo — biologia, química, meteorologia, medicina, antropologia — é o sistema de conceitos em que a disciplina assenta."

Já em sua época, William James havia assinalado que o homem mais culto é aquele que possui uma reserva maior de conceitos. Posteriormente, David Russel formulou pensamento semelhante, expressando: "A clareza e a perfeição dos conceitos de uma criança são a melhor medida do seu provável êxito na aprendizagem escolar, porque o significado é fundamental para essa aprendizagem. Os conceitos do adulto determinam razoavelmente o que ele sabe, o que ele crê e assim, em grande parte, o que ele faz."

William H. Burton formulou algumas definições do termo conceito, das quais destacamos as seguintes:

"1) Um conceito é a soma de idéias que uma pessoa tem a respeito de qualquer coisa, pessoa ou processo.

2) Um conceito é uma construção lógica capaz de uso interpessoal.

3) Um conceito é uma palavra ou outro símbolo que exprime a propriedade comum de certo número de objetos ou situações."

Pfänder chamou a atenção para o fato de que não se deve confundir o conceito com a palavra nem com o objeto. Os conceitos representam em sua opinião, "o conteúdo significativo de determinadas palavras", porém, as palavras não são os conceitos, mas unicamente os signos, os símbolos das significações. Do mesmo modo, não se deve confundir o conceito com o objeto: "Se é verdade que todo conceito se refere a um objeto no sentido mais geral deste vocábulo, o conceito não é o objeto, nem sequer o reproduz, senão que é simplesmente seu correlato intencional."

Levando em conta essas considerações de Pfänder, é possível asseverar, em contraposição a certas teorias gnosiológicas, que o conceito não é objeto, razão pela qual não se pode considerá-lo como cópia, fotografia ou reflexo do mundo exterior. Além disso, o pensamento racional nos permite captar o conteúdo de relações objetivamente existentes na natureza, as quais não pertencem à experiência sensorial e dão como resultado os conceitos abstratos. Desse modo, a atividade racional se converte num poderoso instrumento de conhecimento, permitindo captar, fixar e comunicar as mais complexas relações existentes no mundo exterior. Tais são, por exemplo, os conceitos de causa e efeito, anterior e posterior, relatividade, que não têm relações imediatas com nenhuma experiência sensorial.

A Psicologia clássica empregou o termo *ideação* para designar o processo de formação das idéias e conceitos. A explicação é um tanto curiosa. Admitiam que a atividade sensorial captava infinitas impressões resultantes dos

estímulos do mundo exterior. De acordo com a intensidade e duração suficientes, esses estímulos deixavam a marca de sua passagem pela consciência. Para que essas marcas ou *engramas* possam retornar à consciência é necessário, além do tempo e da energia suficiente, que se estabeleçam conexões com representações anteriores, depositadas em alguma parte do cérebro como resultado de nossa experiência. Assim, toda vez que o estímulo primário é intensificado de forma adequada, adquire nitidez indispensável para se tornar consciente, sendo então *apercebido*, determinando desse modo a compreensão do seu conteúdo. A compreensão do objeto estaria na dependência do número de representações despertadas no ato perceptivo, que, desse modo, reforça o registro da vivência.

A repetição das experiências faz com que as representações primitivas se tornem mais complexas, variando de indivíduo a indivíduo, não só por suas disposições intrínsecas, como pelas aptidões especiais, prevalecendo em uns o tipo visual, em outros, o auditivo ou motor, mesmo quando adquirem caráter uniforme ao diminuir a atividade nos respectivos campos perceptivos.

A *ideação*, de acordo com a Psicologia tradicional, consiste em uma função psíquica na qual se acham implicadas a percepção, a fixação na memória e "a elaboração e associação das impressões registradas pela consciência". Esse processo, associado aos elementos anteriores de nossa experiência, contribui para que se formem, numa primeira fase os conceitos concretos e, posteriormente, os conceitos abstratos, formados pela síntese de representações complexas, cuja formação contribui para o reconhecimento das relações entre os objetos e a capacidade de solucionar os mais úteis. O processo enunciado leva à dedução conceptual e à formação de juízos: *ao pensamento racional*.

Esta concepção foi enunciada pela psicologia associacionista, admitindo-se que "... o pensamento é impossível sem a intervenção do processo psíquico da associação das idéias, resultado da propriedade de reproduzir um número variável de representações subordinadas a particularidades qualitativas de conexão, de sua parte subordinada a certas leis" (Ribot). Admitia-se ainda que as representações não se atualizam por si mesmas, senão por interferência de excitações externas que iniciam o processo associativo de acordo com as leis às quais estão subordinadas as associações de idéias.

A psicologia associacionista reduziu a vida mental ao processo único da associação de idéias, consistindo este no fato de que uma idéia sugere outra idéia, sem que se encontre entre ambas uma relação necessariamente lógica.

A escola associacionista exerceu grande influência em muitos psiquiatras do passado. Bleuler, por influência desta escola, admitiu que o transtorno fundamental da esquizofrenia se encontrava na "perturbação das associações". Vallejo Nágera, também influenciado por esta doutrina, descreveu sob a denominação de "transtornos das associações de idéias" todos os transtornos tributários das alterações do raciocínio.

Apesar de não ter mais aceitação, a psicologia associacionista ainda exerce influência entre os nossos psiquiatras. Nobre de Melo, por exemplo, apesar de considerar o "associacionismo" como uma doutrina superada, dedica

um capítulo de sua *Psicopatologia* ao estudo da "associação de representações e idéias".

Relações conceptuais

Os conceitos se exprimem na linguagem através da expressão verbal, mas desde a sua origem se estabelecem relações conceptuais que constituem os verdadeiros fundamentos do pensamento. O problema das relações conceptuais tem sido objeto de estudo da Psicologia contemporânea e, particularmente, da lógica dialética. Na lógica formal, o estudo do conceito é limitado à palavra como expressão de fatos concretos e exteriores ao pensamento. Entretanto, a ligação direta da expressão verbal com os objetos e fenômenos do mundo exterior não revela a riqueza de conhecimentos contidos nas relações conceptuais.

A natureza relacional do conceito foi analisada exaustivamente por Caio Prado Júnior, em seu livro *Notas Introdutórias à Lógica Dialética*, cujos ensinamentos têm um inestimável valor para a compreensão do transtorno que, em Psicopatologia, é denominado "desagregação do pensamento". O autor citado toma como ponto de partida para a sua investigação o chamado *teste de analogias*. Consiste esse teste em apresentar ao paciente três termos, perguntando-se por um quarto que esteja para o terceiro como o segundo está para o primeiro. O exemplo citado é o seguinte: "Pássaro está para gaiola como homem está para...". A resposta correta é, naturalmente, casa. Qual a circunstância que sugeriu o termo casa? "Evidentemente a relação entre os dois primeiros termos. Não foi nenhum desses termos em particular, nem 'pássaro', nem 'gaiola', nem tampouco o terceiro — 'homem' — por si só. O que intervém no caso como fator determinante da resposta é a *relação* na qual os dois primeiros se apresentam e que se transpõe para o terceiro. Relação essa que se apresenta assim independentemente dos termos com os quais se propôs." A resposta, ensina Caio Prado Júnior, não depende especificamente dos termos apresentados e sim da relação que une esses termos. "Depende daquilo que os une e os engloba num todo e não deles próprios na sua especificidade e individualidade. E *aquilo* que os une é o que entendemos por *relação*, que tem uma existência autônoma, independente dos termos em particular que eventualmente a compõem."

Para Caio Prado Júnior, a relação evocada no curso de um teste de analogias é preexistente na mente do indivíduo submetido à experiência. Por esse motivo, pode-se concluir, naturalmente, que no psiquismo humano preexistem relações conceptuais independentemente dos termos que exprimem os conceitos na linguagem. Essas relações conceptuais procedem do "movimento do pensamento de uma expressão para outra, pela *sucessão* dessas expressões", e não especificamente das próprias expressões. "A relação conceptual" — salienta o autor — "consiste naquela sucessão ou passagem e não nos termos entre os quais a mesma sucessão ou passagem se realiza. Tanto assim que tais termos não são determinados, podem ser variáveis e permutáveis por outros em escala mais ou menos ampla. Nessas condições,

a relação adquire individualidade e existência próprias e à parte dos elementos que eventualmente a constituem (...) Numa palavra, a relação é *não-específica* dos elementos componentes; representa unicamente a sucessão ou a passagem de um para outro e não os termos que a compõem e marcam os momentos extremos da passagem."

Prosseguindo em sua análise das relações conceptuais, Caio Prado Júnior mostra que os dicionários analógicos representam um excelente subsídio para o estudo das relações conceptuais. Refere que "...um dicionário analógico nos apresenta os vocábulos de uma língua sob o aspecto de suas relações recíprocas, relações essas de que derivam os conceitos". Indica, assim, que uma língua constitui uma verdadeira trama de relações que ligam os termos entre si e de onde irrompem os conceitos expressos por esses mesmos termos. "Estes vocábulos aparecem, pois, sob um duplo aspecto: como termos de relações que dão conceitos e como expressão de tais relações ou conceitos." Desse modo é fácil verificar que "...os conceitos expressos nos vocábulos arrolados em dicionários analógicos (conceitos esses que representam senão a totalidade dos conceitos, pelos menos parcela considerável deles) aparecem sempre derivando de relações, isto é, do relacionamento de outros vocábulos, ou antes, dos conceitos expressos por esses vocábulos, que por seu turno derivam também de outros relacionamentos. Os dicionários analógicos exibem, atrás de cada vocábulo, as relações conceptuais que os mesmos vocábulos exprimem. Oferecem assim uma perspectiva bem clara sobre a natureza relacional da conceituação. Mostram que em cada conceito se inclui uma relação; melhor ainda, que os conceitos se constituem de relações, *são* propriamente essas relações".

Em conclusão, diz o autor citado que "... os conceitos são função uns dos outros e do conjunto da conceituação que entre si eles integram. O que quer dizer que eles se configuram nesse conjunto e portanto nas relações que os estruturam. Os conceitos, como representação mental que constituem da realidade objetiva exterior ao pensamento, realizam essa representação não individualmente e numa correspondência biunívoca entre cada um deles e as diferentes feições daquela realidade, e sim por meio de *relações* em que eles se dispõem e em que a conceituação, em conjunto, se estrutura".

No próprio conhecimento comum, que nos interessa particularmente no exame psíquico dos doentes mentais, os conceitos se dispõem em sistemas de relações, passando a ter significação definida apenas no conjunto de que participam. São esses sistemas de relações conceptuais que se apresentam perturbados na esquizofrenia, dando como resultado a alteração do pensamento característica da enfermidade, denominada impropriamente "desagregação do pensamento".

Patologia

Os conceitos podem apresentar alterações em quase todos os transtornos mentais. Entretanto, em estados de lucidez da consciência, essas alterações são freqüentemente observadas na esquizofrenia. Nesses casos, verificam-se os fenômenos de desintegração e condensação dos conceitos e a transformação das relações conceptuais.

Desintegração e condensação dos conceitos

Lange foi, seguramente, quem mais aprofundou o conhecimento dessas alterações." Num estado de consciência clara — escreve — só achamos uma ampla desintegração dos conceitos na vida psíquica esquizofrênica. Nesses casos, não é raro que a palavra se desprenda, por completo, de sua significação propriamente dita: simultaneamente podem corresponder-lhe as significações mais heterogêneas; até os próprios conceitos se modificam; formam-se conceitos menos rígidos, totalmente incompreensíveis; ou acontece que os conceitos se desfazem e uma mesma palavra tem significado cada vez mais diverso ou, no melhor dos casos, o matiz afetivo persiste como único traço de união. A vida conceptual se desprende, pois, em ampla medida, especialmente diante de pessoas e coisas de importância afetiva, daquelas leis e relações que antes da enfermidade serviam de norma para a formação dos conceitos."

A perturbação é tão grave que se tem a impressão de que até mesmo as idéias mais simples sofreram o processo de desintegração. Por exemplo: um dos nossos enfermos nos explicava, com muita ênfase, que a palavra *ateu* não quer dizer "aquele que não crê em Deus", mas sim *a teu comando*, isto é, "a serviço de Deus". O paciente faz a cisão da palavra ateu, que representa um conceito definido, acrescenta um outro conceito que significa "ação de comandar" e termina asseverando que tal palavra tem um significado oposto ao que realmente representa.

Na esquizofrenia, observa-se que muitos conceitos se desintegram, ao lado de outros que se conservam inalterados.

Na *condensação* ou *justaposição* de conceitos, verifica-se que duas ou mais idéias são condensadas ou se fundem em um pensamento. Exemplos de Bleuler: "vela a vapor", combinando "barco a vapor" e "barco a vela"; "tristel", de "triste e cruel" ou então "duplopolitécnico", como um paciente definiu a sua elevada capacidade intelectual. "O caminho do protocolo" era o caminho que o paciente seguia sob a influência de alucinações.

Bleuler cita este exemplo de condensação de frases: "Deus é a nave do deserto", em que foram condensadas idéias relacionadas com a Bíblia, com Deus, com o deserto e com o camelo; o camelo é vulgarmente denominado "nave do deserto".

Refere o autor citado que "as estranhas formações de conceitos que se manifestam constituem, muitas vezes, símbolos de desejos, esperanças e temores por parte do enfermo, e o pensamento desagregado é intuível como expressão de uma problemática e tragédias íntimas".

Em sua forma claramente expressa, a condensação dos conceitos se manifesta na formação de neologismos. "Duas idéias que se juntam casualmente — escreve Bleuler — são fundidas numa só, e partes de idéias se unem também, de forma incorreta, para formar uma outra idéia inteiramente absurda." As idéias extravagantes que às vezes os pacientes defendem, com entusiasmo, têm esta origem.

A condensação e, especialmente, a desintegração, são características invariáveis do pensamento esquizofrênico. Nestas e em outras manifestações, a esquizofrenia tem grandes semelhanças com o pensamento dos sonhos.

Carl Schneider procurou investigar os aspectos psicológicos da esquizofrenia, concentrando a atenção no estudo fenomenológico do pensamento. Admitiu, entre outras coisas, que as alterações do pensamento observadas nesta enfermidade se assemelhavam à vivência do pensamento que precede o ato de adormecer. Considera que o pensamento da fase intermediária entre a vigília e o sono e o pensamento esquizofrênico têm alguma semelhança, embora não sejam de idêntica natureza. Efetivamente, na passagem da vigília ao sono, observa-se notável modificação no curso do pensamento, que se torna vago, caprichoso e incoerente. Os objetos nos quais se pensa aparecem de modo impreciso, os desejos são obscuros e, progressivamente, chega-se à perda da vivência total, produzindo-se como resultado desvios, fusões, transposições e oscilações.

Diz Radestoch que a principal característica dos sonhos e da esquizofrenia consiste em suas excêntricas seqüências de pensamento e sua fraqueza de julgamento. Em ambos estados, encontramos graves alterações do pensamento, o que parece, em muitos casos, inteiramente destituído de sentido diante de um ponto de vista correto. Em ambos existe completa falta de sentido do tempo. Nos sonhos, a personalidade pode ser cindida — quando o próprio conhecimento daquele que sonha se divide entre duas pessoas e quando, no sonho, o eu estranho corrige o real. Isto está precisamente no mesmo nível da cisão da personalidade que nos é familiar na demência paranóide alucinatória; o que sonha também ouve seus próprios pensamentos pronunciados por vozes estranhas. Mesmo as idéias delirantes crônicas têm sua analogia em sonhos patológicos estereotipados e cíclicos (Radestock).

Perdas das relações conceptuais

O termo perda é aqui empregado no sentido extravio, transformação.

A perda das relações conceptuais consiste na transformação dos sistemas de relações conceptuais estabelecidas antes da enfermidade. Assim definida, a expressão pode ser considerada como sinônimo de desagregação, mas não no sentido de dissociação psíquica e fragmentação do pensamento, como foi empregada por Bleuler para designar a alteração característica do pensamento esquizofrênico. Bleuler e Bumke já haviam assinalado que, na esquizofrenia, determinados sistemas de relações conceptuais se destroem, porque as suas partes integrantes adquirem novas relações, ficando completamente transformadas.

Referindo-se especificamente à modificação nas relações entre os conceitos, observada na esquizofrenia, Bleuler diz: "Parece como se os conceitos de determinada categoria fossem lançados num recipiente, intimamente misturados e, em seguida, pela ação da casualidade, fossem saindo novamente, relacionados apenas pela forma gramatical e por algumas conjunções e representações auxiliares". Procurando deixar bem caracterizada essa alteração, Bleuler acrescenta que os conceitos "perdem as suas conexões normais e dos milhares de fios que conduzem o nosso pensamento, rompe a

enfermidade, de modo irregular, aqui um, ali outro, mais além uma grande parte deles; como resultado disso o pensamento se torna estranho e com freqüência destituído de lógica".

Empregando o teste de analogias no exame das relações conceptuais de esquizofrênicos, verificamos que nenhum deles responde ao teste de maneira correta. Por exemplo: três enfermos, a quem perguntamos "pássaro está para gaiola assim como homem está para...", nos deram respostas surpreendentes. O primeiro declarou: "Não estou bem ausente destas palavras. Para cumprir uma ordem isso é um aspecto de menos esforço." O outro disse: "Não estou bem lembrado, porque eu venho da briga do marisco contra o oceano". O terceiro respondeu: "Quer dizer que o pássaro está próximo da gaiola e os que estão distantes virão". Os enfermos compreendem perfeitamente o sentido da pergunta, mas as respostas indicam que as séries conceptuais, completamente separadas nos indivíduos sãos, estão alteradas e misturadas nos esquizofrênicos, revelando a falta de ordenação que as exigências de resolver um problema impõem ao pensamento normal.

Para Wyrsch, esta alteração pode ser explicada do seguinte modo: um membro isolado, necessário ao curso normal do pensamento, é omitido no ato de falar. Quando, por exemplo, o enfermo, ao ser convidado a cortar o galho de um espinheiro, pede desculpas e diz que isso não é possível por causa da organização livre da natureza. Outras vezes, uma expressão com significado concreto e objetivo é tomada subitamente em sentido simbólico, como no caso de uma doente, em que C. G. Jung, através de sua linguagem, descobriu, pela primeira vez, a gênese dessa alteração. A paciente dizia de si mesma que ela era o "doppelpolytecnikum unersetzlich" (politécnico duplo insubstituível). Vemos de modo claro, neste exemplo, como dois conceitos, o de ciência e o de insubstituibilidade, são reunidos numa só palavra (condensação), passando a formar uma nova palavra (neologismo), porque a linguagem comum não oferece nenhuma para denominar o conteúdo que a paciente quer expressar. O deslocamento pode contribuir muitas vezes para a perda das relações conceptuais quando se separa um conceito da palavra que correntemente o designa, ligando-o a outra. Isso ocorre, habitualmente, quando o enfermo emprega palavras comuns com um sentido completamente novo.

Estes exemplos citados por Bleuler demonstram, claramente, as profundas alterações do pensamento observadas na esquizofrenia:

1) Um jovem esquizofrênico que a princípio apresentava um quadro paranóide, depois hebefrênico e, mais tarde, se tornou acentuadamente catatônico, escreveu esta composição sobre "A idade de ouro da horticultura": *"No período da lua nova, Vênus aparece no céu de agosto do Egito e ilumina com seus raios os portos comerciais de Suez, o Cairo e Alexandria. Nesta cidade dos califas, famosa historicamente, há um museu de monumentos assírios de Macedônia. Ali florescem as bananeiras, as espigas de milho, a aveia, o trevo e a cevada, também figos, limões, laranjas e azeitonas. O azeite de oliva é um molho licoroso dos árabes, que os afeganes, mouros e muçulmanos utilizam na cria do avestruz. O parse ou caucasiano exerce tanta influência*

sobre o seu elefante como o mouro sobre o seu dromedário. O camelo é o esporte dos judeus e dos árabes. A cevada, o arroz e a cana-de-açúcar chamada alcachofra crescem notavelmente bem na Índia. Os brâmanes vivem em castas no Beluquistão. Os circassianos ocupam a Mandchúria, na China. A china é o Eldorado dos Pawnes.''

2) Um paciente hebefrênico, contando mais de quinze anos de enfermidade, conservando ainda alguma capacidade para o trabalho e cheio de ambições, deu esta resposta oral à pergunta: Quem foi Epaminondas? ''*Epaminondas foi um daqueles que são especialmente poderosos na terra e no mar. Realizou manobras de poderosas frotas e batalhas no mar aberto contra Pelópidas, porém na Segunda Guerra Púnica foi derrotado pelo afundamento de uma fragata armada. Com suas naves errou de Atenas até o Mambre, levou para lá uvas de Caledônia e romãs e conquistou os beduínos. Assediou a Acrópole em canhoneiras e mandou colocar em estacas as guarnições persas, à maneira de tochas vivas. O subseguinte Papa Gregório VII — ah! não! — Nero seguiu o seu exemplo e por causa dele todos os atenienses, todas as tribos romano-germanocélticas que não apoiaram os sacerdotes foram queimadas pelos druidas no dia de Corpus Christi, como sacrifício ao Deus do Sol, Baal. Este é o período da Idade da Pedra. Pontas de lanças feitas de bronze.*''

Exemplos característicos de perda das relações conceptuais podem ser encontrados em todos os manuais de psiquiatria. O problema aqui é apenas colocado de uma outra maneira, visto que nunca foi possível definir o conceito de ''desagregação do pensamento'', pois, como Bumke teve oportunidade de assinalar, não é ''nada fácil a sua descrição, nem o conhecimento de suas verdadeiras causas, apesar dos esforços realizados por Bleuler em sua profunda análise do sintoma''.

Valor semiológico

Esquizofrenia No pensamento esquizofrênico, observam-se a desintegração e a condensação dos conceitos e a perda das relações conceptuais. Nesta enfermidade, diz Bumke, ''a perturbação do pensamento conduz regularmente a uma *destruição dos conceitos normais* e priva assim os enfermos de serem compreendidos pelos indivíduos sãos. As séries ideológicas, nitidamente separadas nas pessoas normais, se sobrepõem e se misturam nos esquizofrênicos; suas partes integrantes passam a um novo campo e invadem assim outros conceitos, originando-se, com isso, um modo de pensar que somente pode comparar-se — e ainda de maneira forçada — com o pensamento onírico''.

Na esquizofrenia, as condensações dos conceitos são freqüentes, encontrando-se estas alterações em suas formas características nos neologismos esquizofrênicos. Kühn chama a atenção para a necessidade de recolher as expressões e os neologismos dos enfermos esquizofrênicos, assim como as manifestações da linguagem reveladoras da destruição das relações conceptuais, porque somente através dessas manifestações é possível penetrar no mundo transmutado desses enfermos.

Verifica-se ainda na esquizofrenia, como um dos principais sintomas da enfermidade, a perda das relações conceptuais. No início da moléstia e no período de estado, a alteração é claramente expressa, podendo ser tornada mais evidente pela aplicação do teste de analogias. Nas formas avançadas da doença, a perturbação das relações conceptuais é de tal modo acentuada, que se pode observar com absoluta clareza aquilo que Kraepelin denominou impropriamente ''desagregação do pensamento''.

Exemplo de um dos nossos doentes, internado na Casa de Saúde Dr. Eiras: depois de quatorze anos de sua enfermidade, que se tem caracterizado por surtos agudos e remissões, o paciente apresentava um quadro de estado em que sobressaíam a perturbação do pensamento e a desordem da afetividade e da atividade voluntária. Nem alucinações, nem idéias delirantes. Lucidez da consciência. O curso do pensamento revelava uma transformação completa do sistema de relações conceptuais, de cujo transtorno resultam expressões verbais ambíguas, confusas, enigmáticas e incompreensíveis. Servem como exemplos típicos: ''*O trâmite é localização, caminhamento. O cara considera que em primeiro lugar em ordem cronológica o transporte, se existe dificuldade ao dar o serviço, atendendo não como princípio mas como início a localização, namoro fora de ordem cronológica, depois o divórcio, moralizante na ordem cronológica, conseguida a vaga, o focalizar a situação em estudo para o início recompondo toda espécie de fraudes, a ordem cronológica já recomposta então o cabra vai ao início focalizando os pontos instáveis, simplesmente faltando é lógico o desentupidor que alega falta de conceito exato para começar o trabalho.*''

Do mesmo paciente: ''*O céu não é tão feio assim e a sinceridade com facilidade dissolve a personalidade principalmente a que se instala no princípio buscando dela fazer o início e permite não só nova iniciação, que pode alcançar a fragrância da personalidade, como também levantar ou filtrar no existente a vida rejuvenescida, o flagrante para funcionar como realidade interpretável, que coordena e prepara toda divulgação técnica com precisão superada, ocasional, elementar e conceptual, funcional.*''

Vejamos estes exemplos citados por H. Hadlich:

1º) Que quer dizer ''com o chapéu na mão se percorre todo o país''?

''*Que é chapéu? Não sei. Quando se vai a algum lugar bota-se o chapéu por educação. Quando no verão faz calor, os homens andam sem chapéu, então o levam suspenso à lapela. Quando os senhores saúdam na rua tiram o chapéu. Não sei mais nada.*''

2º) Que quer dizer ''as vassouras novas varrem bem''?

''*Quando a empregada da casa tem uma vassoura nova, varre bem, porém, pode aproveitar as velhas muito tempo e conservar, desse modo, a vassoura nova. É freqüente que se tenham objetos velhos que possam ser utilizados. Não quer dizer que tenham de ser sempre vassouras novas. A uma empregada de casa interessa andar vestida decentemente. Também se diz que o hábito faz o monge, porém, sobretudo, deve existir a saúde.*''

3º) Um cavalo viajava ao lado de um jumento excessivamente carregado, porém não queria ajudá-lo. O jumento caiu morto de repente. Então o cavalo teve que carregar os fardos e o jumento morto. Que significa a fábula?

Resposta de um esquizofrênico: *"O cavalo ia ao lado para descansar, procurando o melhor caminho, e a carga do jumento era muito pesada e, por isso, morreu. Finalmente, talvez o jumento caiu e morreu pouco a pouco, e o cavalo o ajudou. Ah! O cavalo não o fez, o cavalo tem inteligência, porém não como um homem. Seria necessário que estivesse ali um homem para retirar a carga do jumento e botá-la no cavalo."*

Esses exemplos de H. Hadlich mostram que os enfermos deixam de lado o sentido de provérbio e desenvolvem considerações que mantêm as conexões gramaticais comuns, faltando-lhes, todavia, a coerência lógica do raciocínio normal. Nos casos muito acentuados de perda das relações conceptuais, é possível verificar as combinações mais absurdas.

Em um dos nossos doentes, as perturbações do pensamento eram de tal modo acentuadas, que impediam obter as mais simples informações sobre a sua família ou sobre a sua própria história pessoal. Quando lhe perguntamos se seus pais estavam vivos, respondeu: *"O homem tem idéias de grandeza, buscando um atravismo emaranhado, e faz intrigas e discrasias, de forma que hoje, quando me perguntam e teus pais e teus primos, porque eu sou aquele que morreu com Jesus Cristo e deixa prender os pensamentos da multidão."*

Nem todos os casos revelam alterações tão acentuadas como as dos exemplos citados. No entanto, todos os esquizofrênicos apresentam a alteração específica do pensamento, a "ponto de constituir esta o sintoma mais importante que até hoje conhecemos da demência precoce" (Bumke).

Deficiência mental A capacidade para formar conceitos serve como norma da avaliação do nível intelectual. Nos casos de deficiência mental profunda estão abolidos quaisquer sinais de inteligência. Os doentes não formam conceitos de espécie alguma. Os pacientes com deficiência mental moderada não têm capacidade para formar conceitos abstratos e o seu cabedal de conceitos concretos é relativamente pobre, o que está na dependência das limitadas possibilidades para a aquisição de conhecimentos que esses enfermos apresentam. Nos graus leves de deficiência mental, embora os pacientes revelem capacidade para a aquisição de conhecimentos de natureza mais elevada e cheguem mesmo a exercer profissões para as quais é necessária determinada capacidade de aprendizagem, os conceitos são pobres, limitados e imprecisos. Alguns desses pacientes podem revelar uma espécie de saber quantitativo, porém, o exame mais aprofundado revela que, em tais indivíduos, os conceitos carecem de clareza e precisão, e que eles mesmos não compreendem o sentido dos conceitos que utilizam.

Na deficiência intelectual, ensina Lange, "o pensamento e a ação permanecem unidos ao concreto, ao intuitivo; não se desprendem da situação de origem nem conduzem aos graus de liberdade que determina uma vida conceptual rica."

Estados demenciais Nas demências, verifica-se a redução do horizonte espiritual, limitação dos conceitos e empobrecimento do pensamento. À medida que progride a demência, mais acentuada se torna a incapacidade para formar novos conceitos, com empobrecimento do cabedal de conceitos adquiridos anteriormente e, principalmente, a deterioração das relações conceptuais. Entretanto, o déficit é adquirido e desigual na demência. Por isso, é possível verificar que "em alguns aspectos e em certos momentos, o pensamento demencial pode revelar elaborações superiores, apesar da falta de unidade e coerência: conceitos abstratos, juízos bem diferenciados, raciocínios complexos e demonstrativos, nos quais persistem resíduos da experiência e a compreensão geral da vida. A pobreza do entendimento é relativa à quebra dos elementos próprios das atitudes e reações diante dos problemas da realidade; na deterioração pouco avançada, persistem mais ou menos íntegros os recursos necessários à ação habitual e até ao trabalho profissional, principalmente aos que servem à satisfação das necessidades e à rotina" (H. Delgado).

Transtornos mentais sintomáticos Nas perturbações mentais sintomáticas, que se acompanham de alterações da consciência de tipo oniróide, observam-se graves alterações dos conceitos, o que contribui para tornar o pensamento incoerente, contraditório e ilógico. Nesses casos, os conceitos são, em geral, substituídos por símbolos, como no sonho.

4. Alterações dos juízos

Introdução psicológica

A lógica estuda o juízo em seu aspecto normativo, interessando-se particularmente por sua concordância com as leis formais do pensamento, sem levar em conta a função que o determina, seus aspectos dialéticos e seu conteúdo. A lógica interessa apenas a correção formal do pensamento. Reduzido a uma expressão ideal, como complexo enunciativo, o juízo consiste, do ponto de vista da lógica formal, na *afirmação ou negação de uma relação entre dois conceitos*. Em sua estrutura, o juízo consta de dois termos ligados por uma cópula: cada termo é a expressão lógica de um conceito. O sujeito é o ser de quem se afirma ou se nega alguma coisa; o predicado, o que se afirma ou se nega do sujeito. A cópula estabelece a relação entre o sujeito e o predicado: afirma ou nega algo do sujeito. Se se estabelece a relação entre criança e fragilidade, formamos em nossa consciência o juízo ao afirmarmos: a *criança é frágil*. Pode-se, também, estabelecer a relação entre uma percepção e um conceito: *este homem está doente*. Os juízos se expressam na linguagem sob a forma de proposições, enquanto o conceito se exprime na palavra. A peculiaridade do juízo é ser um pensamento enunciativo, asseverativo.

Nos juízos mais simples se reflete a dialética objetiva que é inerente à natureza. "Começando pelo mais simples, pelo mais comum, o mais popular, por uma proposição qualquer: *as folhas das árvores são verdes, João é um homem, Bobi é um cão*, já existe nisso dialética, como observou Hegel. Em cada uma destas proposições, o singular — *as folhas das árvores, João, Bobi* — é universal: *verdes, homem, cão. O singular é geral.*" Nisso consiste a contradição existente no juízo, pois nele se acham unidos o diferente e o contraditório. "A contradição que aparece nos juízos exprime a contradição realmente existente entre o singular e o universal" (Sternin).

Os juízos são atos noéticos em que se exprimem os vínculos e as relações existentes entre os objetos e fenômenos da natureza. A existência de diversas formas de juízo está condicionada pelo desenvolvimento histórico do conhecimento à base da prática.

O juízo pode expressar a verdade ou o erro, conforme suas afirmações correspondam ou não à realidade. Por essa razão, o único critério de verdade dos juízos é a sua consonância com a realidade objetiva.

Patologia

Nos manuais da especialidade, são estudadas em capítulo à parte as "alterações do conteúdo do pensamento", onde se incluem os *delírios* e outras perturbações. Na realidade, aqui nos encontramos diante de uma situação muito embaraçosa para afirmar que os delírios sejam alterações do conteúdo do pensamento. Seria mais lógico conceber o delírio como uma perturbação de função, um distúrbio no ato de formação dos juízos. A perseguição, por exemplo, existe como um fato real. Um homem normal pode encontrar-se na situação de perseguido, ser vigiado por um inimigo, ser perseguido pela polícia, ser vítima de injustiças e reagir para livrar-se dessa situação desagradável. Num esquizofrênico, o delírio de perseguição tem a mesma estrutura, o mesmo *conteúdo*, na sucessão das fases: desconfiança, descoberta da base concreta para essa desconfiança, reação. A vivência de perseguição é idêntica nos dois casos. O que faz diferir a perseguição no delírio esquizofrênico da perseguição real é que naquela tudo irrompeu na mente do enfermo sem que haja nada no mundo exterior que a justifique. A reação será no campo do incoerente, com identificação de um perseguidor falso, em uma pessoa real que nenhum contato tem com o doente, por conhecimento ou por uma situação de relações. Por aqui se percebe que o conteúdo do pensamento permaneceu inalterado; agora o ato de formação dos juízos é que foi perturbado, o efeito surgiu sem nenhuma correlação com a situação objetiva realmente existente.

Conceito de delírio Ao estudar o problema dos delírios ou das impropriamente chamadas idéias delirantes, não é mais possível defender os pontos de vista da psiquiatria tradicional. Como é bem conhecido dos estudiosos do assunto, os autores antigos consideravam o delírio como erro mórbido e incorrigível. Kraepelin, por exemplo, definia as idéias delirantes como "idéias morbidamente falseadas que não são acessíveis à correção por meio de argumento". Na opinião de Bleuler: "Idéias delirantes são representações inexatas que se formaram não por uma casual insuficiência da lógica, mas sim por uma necessidade interior (necessidade de delírio, de Kraepelin). Não há necessidades senão afetivas." Bumke se coloca na mesma linha de pensamento ao definir a idéia delirante como "um erro morbidamente originado e incorrigível".

As alterações que estamos estudando neste capítulo nada têm a ver com idéias ou conceitos, nem muito menos com representações. Essas alterações são relativas à formação dos juízos e teriam uma denominação mais precisa se fossem chamadas simplesmente de pensamentos delirantes. Entretanto, o uso consagrou as expressões *delírio* e *idéias delirantes*.

O termo delírio tem, em português, duas acepções diferentes. Significa alterações globais e profundas da consciência, tais como são observadas nos transtornos mentais sintomáticos. Servem de exemplo as expressões *delírio febril* ou *delírio oniróide*, utilizadas em linguagem psiquiátrica para designar as perturbações delirantes agudas. Significa ainda um conjunto de juízos falsos, que se desenvolvem em conseqüência de condições patológicas preexistentes e que não se corrigem por meios racionais.

Honório Delgado conceitua os delírios como "desordens primárias do juízo, isto é, que não podem ser deduzidas de outras experiências, nem racionais, nem emocionais. São juízos infundados que ocorrem ao indivíduo, o qual os vivencia como verdades incontestáveis e retira delas conseqüências, como um juízo fundamentado. Por isso, os enfermos delirantes são capazes de discorrer com uma lógica impecável, porém conseqüente com a falsidade que lhe serve de ponto de partida".

O exame mais aprofundado do problema do delírio nos leva à conclusão de que, na realidade, não se trata de perturbação do juízo. O transtorno precede à formação dos juízos. A perturbação se constitui no próprio ato de constituição da premissa: princípio do qual decorre alguma conseqüência. A premissa é falsa, mas o raciocínio que se desenvolve a partir desse princípio falso é perfeitamente coerente.

Diz Jaspers que o delírio é comunicado através de juízos, admitindo que "somente onde se pensa e se julga pode nascer o delírio". Por isso, ele considera o delírio como "juízos patologicamente falsos".

A sua concepção é apresentada deste modo: "Chamam-se — de maneira muito vaga — idéias delirantes *todos* os juízos falsos, que possuem em grau bem elevado — ma não definido com precisão — os sinais exteriores seguintes: 1.º) a convicção *extraordinária* com a qual são mantidos, *certeza subjetiva* notável; 2.º) a impermeabilidade à experiência e às refutações lógicas; 3.º) a inverossimilhança de *conteúdo*. Procurando penetrar mais profundamente, além destes sinais objetivos, de preferência exteriores, a essência psicológica das idéias delirantes, poderemos conseqüentemente dividir essas idéias em duas categorias: umas se deduzem de fenômenos afetivos ou de outras experiências — percepção falsa, estranheza do mundo exterior acompanhada de uma alteração da consciência — de tal maneira que nos é compreensível; as outras não permitem divisar a causa compreensível e constituem, por conseguinte — do ponto de vista psicológico — qualquer coisa de *primário*. Chamamos as primeiras de *idéias deliróides*; as últimas, de *verdadeiras idéias delirantes*."

Em relação à origem do delírio, diz Jaspers: "... quanto à *origem* do delírio devem-se distinguir duas grandes classes: uns se originam, de *modo compreensível* para nós, de afetos, de vivências afetivas que abalam e produzem sentimentos de culpa, e de outras vivências, de percepções falsas ou de vivências de alheamento do mundo da percepção em alterações da consciência. Outros não são suscetíveis de serem seguidos psicologicamente; são, do ponto de vista fenomenológico, algo último e derradeiro. Os primeiros chamamos de *idéias deliróides*, os últimos, de *autênticas idéias delirantes*. Quanto a estas últimas temos de tentar acercar-nos do dado propriamente dito das *vivências delirantes*, embora não consigamos apresentar clara e concretamente este processo tão estranho".

Alguns autores atribuem à origem do delírio a *perda do juízo de realidade*. Que significa isto? "É a capacidade humana de discernir o real do irreal. Em virtude desta capacidade podemos separar o que é a verdadeira realidade daquilo que é fruto de nossa imaginação" (Goás). Com esta conceituação, admite-se implicitamente que o delírio se origina de um transtorno da imagi-

nação. A alucinação consiste numa alteração da consciência imaginante. Mas atribuir a origem do delírio a uma alteração do imaginário significa fazer uma apreciação muito superficial de um dos problemas fundamentais da psicopatologia.

Karl Jaspers conceitua assim o que ele denomina *juízo de realidade*. "O juízo de realidade provém da elaboração, pelo pensamento, de experiências imediatas. Estas são examinadas sucessivamente: só vale o que é acessível ao conhecimento idêntico de todos e não é apenas subjetivamente privado. Um juízo de realidade pode-se transformar em vivência imediata nova. Vivemos constantemente com estes conhecimentos assim adquiridos, que não analisamos explicitamente num juízo. Características da realidade, assim como se apreende no juízo de realidade, são, portanto: a realidade não é uma experiência particular por si, mas somente o que se mostra real no *contexto* da experiência; por fim, até na totalidade da experiência — a realidade é *relativa*, isto é, na medida em que ela é conhecida como tal e se mostrou assim até então, pode ser também de outra maneira — a realidade é *concluída* e repousa no conhecimento e sua certeza, não na corporeidade e na vivência imediata da realidade como tal, que são antes apenas elementos no conjunto, pontos de apoio indispensáveis mas constantemente em movimento dentro da razão."

Para Cabaleiro Goás, a convergência da alteração do juízo de realidade e uma forte carga afetiva contribuem para a deformação catatímica das situações em que o enfermo se encontra, o que impede que ele reconheça o seu erro, não só espontaneamente, como mediante a ação dos argumentos de outras pessoas. "Isto torna possível converter o erro em delírio e elaborar um sistema de idéias, que se transformam em crenças, necessariamente em torno da idéia ou da vivência que lhe serviu de núcleo germinal. O desenvolvimento deste sistema realizar-se-á cada vez de modo mais amplo."

Em local oportuno teremos ocasião de estudar outras concepções a respeito da origem do delírio.

Delírio e deliróide Grühle admitiu que o delírio era uma conseqüência de elaboração defeituosa das percepções sensoriais e da perturbação na associação das imagens mentais, da falta de reconhecimento do mundo externo própria dos *vesânicos com delírio*. Explica o autor citado: "Aqui não se trata de um estado de confusão mental, senão que o enfermo conserva a lucidez da consciência. O mundo externo não é compreendido de maneira defeituosa, mas sim com muita precisão, mesmo que, de modo geral, seja algo desconfiado e se, apesar disso chega, finalmente, a convencer-se de que, por exemplo, 'este suposto doutor é um agente da polícia secreta'. O juízo falso resulta da idéia delirante ou se baseia em todas as idéias sistematizadas, das quais, precisamente, dimana o delírio, também sistematizado. O delirante compreende os fatos do mesmo modo que o espectador que presencia no teatro a representação de Hamlet; porém, com a mesma certeza que o espectador sabe que *já não é* Hamlet, senão Kainz, o paranóide também tem a segurança de que *já não é* o doutor, senão um policial que se encontra em sua frente."

Grühle propôs mais tarde a classificação das vivências delirantes em: humor delirante, ocorrência delirante e percepção delirante. Definiu esta última como "o estabelecimento de relações sem motivo". Em sua opinião não se trata de um transtorno da percepção sensorial, nem de alteração da compreensão. "A perturbação incide, na realidade, na significação simbólica." O objeto percebido significa que o mundo está alterado: "A experiência é imediata em sua natureza de aparecer repentinamente sem antecedentes nem explicação. Embora confunda o paciente, leva consigo o seu próprio *sentimento de convicção*."

Grühle foi quem assinalou, pela primeira vez, o caráter primário e a importância deste sintoma no diagnóstico de esquizofrenia.

A *ocorrência delirante* surge, segundo ele, a partir de vivências emocionais, por alterações do estado de ânimo, de idéias prevalentes, embora deva existir no paciente uma predisposição ao delírio.

O *humor delirante* representa, em muitos casos, um sintoma significativo, porém dele não se derivam as extraordinárias formas do pensar e conduzir-se que não têm nenhuma relação com os estados emocionais dominantes em certos enfermos.

Segundo Grühle, a *vivência de significação* é a causa e a essência do delírio primário, pois, "atrás da vivência está o processo cerebral de que procede". Ele admitia que o delírio é um fenômeno cerebral orgânico.

Jaspers distinguiu, como já vimos, dois tipos de delirio: as *idéias delirantes autênticas* e as *idéias deliróides*. As primeiras são "as que encontram como fonte uma *vivência patológica primária* ou exigem como condição prévia para a sua explicação uma transformação da personalidade". As *idéias deliróides* são "as que surgiram compreensivelmente para nós de outros processos psíquicos, que podemos seguir psicologicamente nas emoções, nos instintos, nos desejos, nos temores, e para cuja explicação não necessitamos de nenhuma transformação da personalidade, porque são mais bem compreendidas pela disposição permanente da personalidade ou por um estado de ânimo transitório". A estas "pertencem os equívocos passageiros provocados por percepções enganosas e outras desse tipo, as idéias melancólicas e maníacas e, sobretudo, as idéias prevalentes".

Diz Jaspers que o sentido psicológico das *vivências delirantes primárias* se encontra "em *novas significações do ambiente*: todo pensamento é pensamento de significação". Quando a significação se encontra no sensorialmente percebido, imaginado ou recordado, esta significação tem o caráter de realidade. "Nossa percepção não é jamais uma cópia mecânica dos estímulos sensoriais." Percebemos, ao mesmo tempo, significações. Pois bem, "*as vivências delirantes primárias são análogas a esta visão das significações*. A consciência de significação experimenta uma transformação radical. O saber imediato que as significações impõem é a vivência primária do delírio".

Em sua experiência pessoal, Jaspers registrou a ocorrência de sensações estranhas, sentimentos a respeito da vida, disposições e cognições. "Há alguma coisa, diga-me o que há", como referiu uma paciente. Recebeu uma resposta negativa, mas completou: "Eu não sei, mas há *alguma coisa*." Há algo de estranho no mundo exterior, não percebido, poder-se-ia dizer: "algo

sentido'', como um pressentimento. As coisas adquirem *nova significação*. ''O ambiente está diferente, não de maneira sensivelmente grosseira — as percepções, em seu aspecto sensível, não se modificam — o que há é uma modificação sutil, que tudo atinge e envolve em iluminação estranha, incerta.'' Os enfermos pressentem que há algo no ar, não sabem precisamente do que se trata, mas ''uma tensão suspeita, desagradável, estranha o domina''.

Jaspers admite que o termo ''*disposição delirante*'' poderia ser adequado para definir a situação, pois há sempre ''algo'' presente, embora completamente impreciso. ''Esta disposição delirante geral, sem conteúdo determinado, deve ser insuportável. Os doentes sofrem terrivelmente, então surge uma sensação de falta de apoio e insegurança que o impele instintivamente a procurar um ponto firme onde possa segurar e agarrar.'' Surgem então convicções de perseguição, crimes, incriminações ou em direção oposta: convicções da idade de ouro, de elevação divina, de santificação.

Jaspers descreve três tipos de vivências delirantes primárias: 1) percepções delirantes; 2) representações delirantes; 3) cognições delirantes.

Percepções delirantes Compreendem desde as vivências de significação imprecisa até os delírios de observação e auto-referência. Não se trata, como explica o autor, de interpretações judicativas, mas do vivenciar imediato do significado de uma percepção normal e imutável em seu aspecto sensorial. Em outros casos, não se atribui às percepções um significado claramente manifesto.

Os objetos, as pessoas e os acontecimentos adquirem um aspecto lúgubre, provocam pavor, ou são considerados esquisitos, estranhos, enigmáticos, sobrenaturais ou supraterrestres. Não existe ainda uma significação determinada.

Representações delirantes Aparecem sob novo colorido e novas significações as lembranças de acontecimentos passados ou como *ocorrências repentinas*. O enfermo pensa: ''Eu sou filho do Rei Luís'', pois, quando o imperador passou a cavalo, na parada, vista há alguns anos, olhou justamente para o lado onde ele se encontrava, o que representa a confirmação de sua intuição delirante.

Cognições delirantes Segundo Jaspers, constituem manifestações freqüentes, especialmente em transtornos mentais agudos, com rico colorido delirante ''...nas quais os pacientes possuem conhecimento de acontecimentos mundiais extraordinários, sem terem, muitas vezes, o menor vestígio de uma intuição sensorial desses fatos''.

Exemplo — ''*Uma jovem consulta a Bíblia. Lê a ressurreição de Lázaro. Logo se sente como Maria. Marta é sua irmã e Lázaro o primo doente. Ela sente com toda a vivacidade — de sentimentos, não necessariamente com vivacidade sensorial — o acontecimento que lê, como se tratasse de sua própria vivência.*''

A característica fenomenológica é sempre a mesma: ao lado dos fenômenos ilusórios, alucinatórios ou pseudo-alucinatórios realmente experimentados há uma espécie de vivência na qual a plenitude sensorial não está

sensorialmente alterada, enquanto se une ao conhecimento de determinados objetos, de maneira normal, a uma vivência de todo diferente.

Conclui: ''Sem motivo, introduzindo-se no contexto da vida psíquica, apresenta-se a significação. A seguir, as vivências de significação, repetidas sempre de acordo com a primeira, entram em novo contexto. O caminho está aberto para o sentido. A facilidade para determinadas vivências mergulha então quase todos os conteúdos percebidos nestas significações. O motivo de um delírio, de agora em diante orientador, se converte no esquema de interpretação das percepções ulteriores.''

O traço básico da primeira vivência de significação no delírio é a ''vinculação sem motivo'' (Grühle).

Modalidades de delírio

Kurt Schneider discrimina três modalidades de delírio: 1) percepção delirante; 2) ocorrência delirante; 3) reação deliróide.

1) Percepção delirante Para Kurt Schneider, a percepção delirante representa a forma fundamental do delírio primário. Define-a deste modo: ''Fala-se de percepção delirante quando se atribui a uma percepção normal um significado anormal, na maioria das vezes no sentido da auto-referência, sem que para isso existam motivos compreensíveis, não só do ponto de vista da razão como dos sentimentos.'' O significado da percepção delirante, segundo Schneider, tem características especiais: ''Habitualmente aparece como importante, comovente, transcendental, implicando sempre, em certo sentido, uma alusão pessoal; é como um sinal, uma mensagem procedente do outro mundo.'' Este sentido transcendental foi apreendido por um enfermo de Zucker, quando referiu que era como se através da percepção falasse ''uma realidade superior''. Não existe, neste caso, alteração da percepção, nem se trata tampouco de falsa interpretação, mas, de acordo com Schneider, a percepção se encontra alterada pela vivência delirante, de tal modo que adquire uma significação especial. Consiste numa perturbação do pensamento. Não é necessário que sejam sempre percepções visuais; uma palavra, uma frase, um odor ou qualquer outro tipo de percepção pode adquirir uma significação anormal.

A percepção delirante consta de duas partes ou membros. O primeiro vai do indivíduo que percebe ao objeto percebido; o segundo, do objeto percebido à significação anormal. Schneider cita este exemplo para tornar mais compreensível o conceito de percepção delirante: quando uma pessoa passa diante de uma casa e vê parado um carro de mudanças, este, com seu aspecto característico, possui o significado de ''carro de mudança'', podendo também fazer com que o transeunte pense que alguém está mudando de domicílio. ''Existe, portanto, um motivo compreensível para a referida vivência de significação e, desde logo, um motivo que é razoável, racionalmente compreensível.'' Mas se este acontecimento se transforma, para um esquizofrênico, numa percepção delirante, ele pensaria não na simples mudança, ao contrá-

rio, veria naquele fato algo extraordinário, relacionado com a sua pessoa, isto é, o acontecimento teria adquirido uma significação delirante, absurda. "Este último significado, que não é nem racional nem emocionalmente compreensível, corresponde ao que designamos em nossa divisão como segundo membro."

Este exemplo de um caso de Weitbrecht é bastante ilustrativo: "Quando percebi que chamavam três vezes às 12 horas em ponto no andar inferior e que um volkswagen vermelho passava rápido pela rua, senti um medo terrível e compreendi que se havia decidido o destino da Europa."

Por que motivo essas ocorrências banais despertaram no paciente esse "medo terrível" e a compreensão de que, naquele momento, se havia decidido o "destino da Europa"? Nisto reside a característica do delírio primário: a incompreensibilidade.

Cabaleiro Goás apresenta este exemplo de percepção delirante: *"Ao me aproximar hoje da porta de minha casa, verifiquei que, no chão, estava uma garrafa quebrada em vários pedaços, que havia contido vinho tinto e este se derramara, formando uma poça grande. Naquele instante tudo se tornou perfeitamente claro. Toda minha depressão e minha angústia desses últimos tempos, que tanto me fazem sofrer, ficaram esclarecidas naquele momento. Não era mais do que um pressentimento de algo do qual eu não me havia dado conta. Aquilo que acabava de ver na porta de minha casa foi uma revelação. Em poucos segundos ficou para mim bem esclarecido, sem lugar a dúvidas, que o meu sofrimento desses meses não era outra coisa que um pressentimento de algo terrível que me vai suceder. Vão me aniquilar, vão acabar com a minha vida partindo-a, como fizeram com a garrafa, até dessangrar-me, como a poça de vinho tinto me revelou. Tudo está perfeitamente claro. É desumano e criminoso o que vão fazer comigo para destruir-me moral e fisicamente. É um crime!"*

Em comentário a este caso clínico, diz Cabaleiro Goás que o essencial da vivência reside em sua significação, em seu caráter de "imposição", procedente do mundo exterior. "O principal não é o conteúdo da percepção delirante, mas o que ela é em si mesma. Representa uma alteração da estrutura da função perceptiva, que possibilita ao enfermo emprestar a uma percepção real um significado anormal no sentido da auto-referência."

Na percepção delirante, a alteração encontra-se no ato de doar sentido, razão pela qual é possível admitir a existência, neste caso, de um transtorno no ato de integração significativa. Essa alteração na estrutura da vivência perceptiva é interpretada, por alguns fenomenologistas, como a conseqüência de um transtorno do eu, que determina a inversão da seta intencional. Diz López Ibor, a esse respeito: "Nossos atos psíquicos têm um caráter intencional. Esse caráter é reconhecido do exterior, porém existe também em nós uma consciência difusa de que as intenções residem em nós mesmos e não fora de nós. No enfermo delirante ocorre o contrário, as intenções se acham fora, nos seres externos. Por isso o mundo se povoa de significações mágicas."

Ao lado da mudança de direção da seta intencional, as percepções delirantes adquirem a marca de uma revelação, que domina e subjuga o eu. Esse traço característico de ser dominado pela vivência é considerado por Kurt

Schneider como um tipo especial do numinoso. As vivências numinosas despertam no enfermo uma reação de angústia e medo, sentimentos que aparecem sempre que o homem se encontra diante do sobrenatural, do misterioso e do incompreensível.

Kurt Schneider empresta à percepção delirante o traço característico de estrutura psicótica específica, atendendo a duas qualidades individualizantes: sua incompreensibilidade psicológica e sua estrutura formada especificamente de duas partes. Ali onde existam percepções delirantes, assegura Schneider, trata-se sempre de uma perturbação esquizofrênica.

A percepção delirante é um fenômeno psíquico ligado, ao mesmo tempo, à senso-percepção e ao pensamento. Mas como sintoma psicopatológico não resulta de uma alteração da percepção, nem do pensamento. Trata-se de uma vivência nova, original, que não encontra similar na vida psíquica normal. Esta concepção contradiz o conceito de Kurt Schneider, para quem o delírio é uma perturbação do pensamento. Para Jaspers, o delírio é uma alteração do juízo. Entretanto, admite-se que a capacidade de julgamento, no enfermo esquizofrênico delirante, permanece inalterada. Kunz diz, a respeito da validade das interpretações psicopatológicas do delírio: "As definições do delírio se limitam em geral ao conteúdo lógico-verbal expresso no pensamento delirante e, de modo normativo e objetivamente, se orientam para o ser-em-o-mundo vulgar e comum. Portanto, os critérios são, forçosamente, teórico-objetivos e lógicos ou mesmo 'práticos', logo de caráter não psicológico. No entanto, se em seu lugar nos detivéssemos no significado do juízo delirante, ou no acontecer psíquico-mental parcialmente implicado nele, isto é, se procurássemos conceber com critérios psicológicos e psicopatológicos os fenômenos que nos impressionam como 'delírio', então se tornaria clara a radical posição especial do delírio primário esquizofrênico". Estudando o delírio primário do ponto de vista da analítica existencial, diz Kunz que o elemento verdadeiramente primário no delírio consiste na "completa mutação existencial", na modificação total do ser-em-o-mundo ocasionada pela enfermidade.

Admitindo-se a concepção de Kurt Schneider de que a percepção delirante representa a forma principal de delírio primário, é possível comprovar que nela não existem alterações da percepção, nem do pensamento, mas da capacidade de julgamento. A alteração consiste, na realidade, no ato de doar significações ao captado de modo intuitivo. Inúmeros são os autores que defendem um ponto de vista mais ou menos semelhante. Castilla del Pino, por exemplo, afirma que "o decisivo na percepção delirante é a atribuição de significado anormal, não importa que este significado se aproxime por seu conteúdo de uma percepção normal. O fato de esta significação surgir sem motivo compreensível é o característico do ponto de vista do observador. Se a significação emprestada é anômala na direção, os conteúdos podem ser de qualquer índole e em nada diferenciar-se de uma percepção normal. Deve-se acrescentar, porém, o seguinte: a direção para a significação deve ser forçada a partir de baixo. Não vale conectar, voluntariamente, um significado caprichoso a uma percepção, porque desta forma seria compreensível sua gênese como um jogo, senão que o surgir a significação na percepção deve constituir um ato obrigatório". Por este motivo, Castilla

del Pino considera que a percepção delirante deve ser incluída no capítulo da "patologia da significação".

Os traços mais característicos da percepção delirante se encontram em sua "significação" e no seu caráter de "imposição" procedente do mundo exterior. O que é fundamental aqui não é o conteúdo da percepção delirante, mas o que ela representa em si mesma. A alteração está limitada ao ato de doar sentido, isto é, consiste num transtorno da função do juízo que possibilita emprestar significado anormal a uma percepção real.

Na fenomenologia de Husserl, a percepção apresenta dois aspectos: o intuitivo, ou melhor, a captação intuitiva do objeto, e a integração significativa. A consciência, no ato perceptivo, desempenha um papel ativo ao ser doadora de sentido. Com base neste princípio, é possível destacar aquilo que corresponde, propriamente, à "função" perceptiva daquilo que pertence ao significado da percepção.

Em resumo, na percepção delirante, podem-se destacar estas características: 1º) atribuir a uma percepção real um significado anormal; 2º) este significado é, quase sempre, no sentido da auto-referência; 3º) a significação delirante é experimentada pelo enfermo como imposta, daí o seu caráter de vivência numinosa; 4º) a significação é não só estranha, como incompreensível; 5º) a significação emprestada à percepção delirante tem o sentido de um "aviso", através do qual se expressa uma "realidade superior".

2) Ocorrência delirante A ocorrência delirante resulta de uma crença puramente subjetiva. Como fenômeno psicopatológico, "não pode ser apreendida de modo igualmente preciso como a percepção delirante, e sua importância para o diagnóstico de esquizofrenia é também muito menor". Diz Schneider que a ocorrência delirante consta apenas de um membro. Se o enfermo acredita, por exemplo, que é perseguido, que é Rei, Cristo ou Napoleão, "trata-se de um fenômeno no qual não se pode fazer divisão, pois une diretamente o indivíduo à ocorrência. Falta o segundo membro, o qual corresponde ao trecho que existe na percepção delirante entre o objeto percebido e a significação anormal". Do mesmo modo que a percepção delirante, a ocorrência delirante é dotada de "significação peculiar" para o doente: tem para ele um valor especial.

O conteúdo da ocorrência delirante se refere a convicções de vocação religiosa, de projeção política, de capacidade especial, de perseguição, de ciúme e de ser amado. "Na maioria dos casos, da temática e da configuração do conteúdo dessas ocorrências delirantes se deduz a suspeita de sua realidade, de sua natureza psicótica" (Weitbrecht).

O conceito de ocorrência delirante engloba os fenômenos descritos por Jaspers sob a denominação de representações delirantes e cognições delirantes. Kurt Schneider afirma que o conceito de representação delirante é inteiramente inadequado. Representação, no verdadeiro sentido psicológico, significa o retorno à consciência da imagem de um objeto percebido anteriormente. Entre os fenômenos delirantes não se encontra nada que se possa equiparar às verdadeiras representações. Do mesmo modo, Schneider rejeita o conceito de cognição delirante por considerá-lo demasiadamente vago.

Exemplo clínico — *"Não sou filho do meu pai, sou Rei e baixei expressamente de cima, de ser em ser, até a minha situação atual de Rei, e sou Rei porque todos os astros virão buscar-me. Subitamente adivinhei que o doutor Wassily me havia concedido o segredo da continuidade das almas e que com água comprimida se pode fazer algo novo. Basta ver uma pessoa para captá-la, investigo todos os seus pensamentos e propósitos. Esta capacidade me foi concedida pela providência divina e suas três pessoas. Olho para as mulheres, sei o que se passa com elas, o que pensam e se são honradas. Ouvi dizer no passeio "este é um invertido". Era uma calúnia com a qual me queriam desonrar. Tenho dúvidas se possuo poderes extraordinários, dados por Deus e se posso subir ao céu em avião. Tenho quatro metros de altura, meus testículos pesam arrobas e, no entanto, não servem para as mulheres. Sou feito de uma matéria frágil e basta tocarem meu corpo para que ele caia aos pedaços; porém é tal o poder de minha saliva que ao passar o dedo molhado com ela sobre os pedaços de meu corpo, esses se juntam novamente (de vez em quando passa pelo corpo o dedo molhado em saliva)."*

Para Weitbrecht, a ocorrência delirante não se manifesta de modo isolado, apresentando-se sempre ao lado de outros sintomas psicóticos, e isto contribui para que se possa colocá-la em seu devido lugar na formulação diagnóstica. Diz ainda Weitbrecht que "as ocorrências delirantes se apresentam em todas as perturbações mentais endógenas e de base somática, sendo, em muitos casos, de motivação catatímica nos desenvolvimentos reativo-vivenciais, psiquicamente condicionados, como ocorre no delírio sensitivo de relação".

3) Reação deliróide Na *reação deliróide* existe um motivo que se baseia precisamente em determinado estado de ânimo, a partir do qual se tornam compreensíveis a significação e as referências anormais. As reações deliróides "constituem-se sempre sobre a base afetiva, a partir de uma distimia, da angústia expectante, da desconfiança."

Diz Kurt Schneider com absoluta razão: "Admitir que o delírio dos esquizofrênicos derive dos erros sensoriais significa não valorizar devidamente a importância da alteração esquizofrênica da personalidade. Sem a total modificação esquizofrênica, os erros sensoriais dos esquizofrênicos não teriam outra significação e conseqüência que os dos delirantes febris e de outros pacientes com alterações da consciência."

O estabelecimento de uma diferença entre o delírio e o deliróide representou, de certa forma, um avanço em psicopatologia. As reações deliróides são ocasionadas, compreensivelmente, por certas vivências patológicas: perturbações da consciência, ilusões, alucinações, alterações da memória, estados de ânimo mórbidos, idéias prevalentes. Verificam-se, com relativa freqüência, nas doenças infecciosas febris, nas intoxicações exógenas ou em graves perturbações da consciência. Os enfermos podem apresentar delírios oníricos, de duração limitada, acompanhados de alucinações visuais. Em perturbações emocionais intensas, podem surgir manifestações de delírio, tal como ocorre nos transtornos mentais agudos. Podem-se encontrar, em casos especiais, delírios hipocondríacos, como em alguns enfermos depressivos, explicáveis psicologicamente a partir do ânimo triste; nas excitações maníacas,

em que os pacientes podem manifestar idéias deliróides de conteúdo persecutório ou de grandeza, algumas vezes com o aspecto de pseudoquerelantes, sempre acompanhadas de reações agressivas.

Em graves alterações da capacidade intelectual e da memória, como na demência senil, os enfermos podem manifestar delírio de perseguição, de cunho absurdo e pueril, queixando-se de serem envenenados, roubados e vítimas de maus tratos. Na alucinose alcoólica, o paciente revela interpretações delirantes, idéias deliróides de grandeza que, em alguns casos, adquirem um caráter inteiramente fantástico.

Como foi assinalado por Kurt Schneider, as idéias deliróides constituem-se sobre uma base afetiva, a partir de uma distimia, da angústia expectante, da desconfiança. Nesses casos, não é necessário a existência de uma profunda alteração da personalidade, como ocorre nos delírios autênticos. As idéias deliróides, como já foi acentuado, têm a sua origem, compreensivelmente, a partir de estados emocionais, de estafa corporal e psíquica, da mesma maneira como podem surgir em determinadas personalidades neuróticas, psicopatias ou em débeis mentais submetidos a determinadas situações de conflito.

Humor delirante e percepção delirante Admitem alguns autores a existência de conexões, estrutural e genética, entre o humor delirante e a percepção delirante. Outros, como Jaspers, negam a existência de qualquer ligação genética entre humor delirante e delírio. Huber é categórico a esse respeito: "Deve-se exigir para a existência de um verdadeiro delírio que não derive — psicologicamente — do humor delirante, nem de qualquer outro tipo de transtorno fundamental."

Kurt Schneider afirma que em alguns enfermos esquizofrênicos aparece a percepção delirante sem ter existido nunca o humor delirante. Em sua opinião, este tipo de humor, por seu caráter indefinido, não pode determinar o conteúdo da percepção delirante. Além disso, o colorido emocional de ambos os transtornos nem sempre coincide: por exemplo, o humor delirante pode ser sinistro, enquanto a percepção delirante pode estar impregnada de beatitude. No sentido de deixar bem claro o seu ponto de vista a esse respeito, diz Schneider: "Ao afirmarmos que a percepção delirante não deriva do estado de ânimo, isso não se acha em contradição com o fato de que ela possa ser precedida pelo humor delirante, o qual é mantido pelo processo, por uma vivência inquietante e sinistra, raramente por uma vivência de exaltação. Dentro deste vago humor delirante, as percepções significam 'algo', porém 'algo' ainda não determinado. Já pelo simples fato de seu caráter indefinido, este humor delirante não pode determinar o conteúdo ulterior da percepção delirante. Não é possível compreender o conteúdo específico da percepção delirante a partir do incerto e vago humor delirante: em suma, aquela se encontra incrustada neste último, mas não é dele derivável. Nem sequer é preciso que o humor delirante coincida com a ulterior percepção delirante no que se refere ao matiz afetivo: o humor delirante pode ser sinistro, inquietante; a percepção delirante, beatífica. No entanto, em alguma ocasião é possível que o significado da percepção derive de um estado de ânimo imotivado; por

exemplo, de humor angustioso. Trata-se, neste caso, de uma reação delirói-de, observada com freqüência nos psicóticos. A premissa, em última instân-cia, é constituída pelo processo".

O melhor argumento contra a ligação genética entre humor delirante a percepção delirante nos é fornecido pela clínica. O tratamento antidepressivo e ansiolítico dos esquizofrênicos faz regredir o estado de ânimo ansioso, impropriamente chamado de humor delirante, enquanto as percepções delirantes permanecem estáveis, irremovíveis.

Tema do delírio Como tema do delírio encontramos todos os problemas que preocupam o ser humano. Serieux e Capgras, em seu tempo, destacaram sete temas fundamentais: perseguição, grandeza, ciúme, erotismo, misticismo, hipocondria e auto-acusação. No entanto, Henri Ey admite que, por mais variados que sejam em sua aparência, esses temas podem ser reduzidos a uma única forma essencial: *o tema da perseguição*. Em sua opinião, mesmo quando deparamos com a temática megalomaníaca, por trás dela sempre se encontram, mais ou menos manifestos, conteúdos persecutórios. De um modo ou de outro, o enfermo se sente perseguido. Mesmo quando a perseguição não se torna claramente manifesta, o paciente já começa a "estabelecer relações sem motivo", a viver significações, até que ele se encontre diante de uma "revelação". É nesse momento que "o saber se impõe nestas significações de modo imediato" (Conrad).

Para Ey o delírio representa um sistema significativo de crenças dramáticas que é possível reduzir a uma fórmula. "A homogeneidade, a unidade, procedeu da condensação fundamental de uma aventura que se desenvolve em cenas, acontecimentos e interpretações." Para o citado autor, o delírio paranóide é "um relato, uma novela", na qual o personagem central é o próprio enfermo. A vida do paciente se desenvolve numa ficção na qual a compensação, a projeção e a imaginação criadora constituem os suportes. "O drama paranóide, como na tragédia clássica, leva em seu desenvolvimento o selo da unidade e da ação. O drama avança completando-se com acontecimentos acumulados, estendendo-se e fortalecendo-se com as experiências vitais que o indivíduo constrói e vive de maneira fragmentária."

Em relação à temática delirante, diz Ey: "Encontramos temas típicos na medida em que existem laços da realidade particularmente vulneráveis, onde existe uma infinidade de laços frágeis no real. Entretanto, alguns são privilegiados pela simples razão de concordarem com as grandes articulações dos sistemas do real, tal como nosso pensamento e nossa linguagem concebem — grandes temas humanos e líricos da morte, de Deus, da ambição, do medo, da amizade, da liberdade, do eu, da realidade das coisas e o pensamento da integridade do corpo."

Esses e outros assuntos aparecem como temas centrais do delírio, como manifestação das preocupações e dos sofrimentos do ser humano. Kunz admitiu que os temas que servem de conteúdo dos delírios são antes símbolos da realidade e não a própria realidade. Olivennes observa que a coragem, o patriotismo, a estupidez ou a consciência profissional nunca apareceram como temas do delírio. "Por mais que Joana d'Arc tenha sido investida na sua

missão por *vozes*, ninguém ousará considerá-la como portadora de um delírio patriótico: na concepção que ela mesma tinha de seu pais e de si própria nada de mórbido pode ser encontrado."

Em certa fase a psiquiatria francesa esteve emaranhada na temática dos delírios, que foram transformados em entidades nosológicas. Cada autor procurava ser o mais minucioso possível na descrição dos chamados delírios crônicos. Lasègue descreveu o "delírio de perseguições"; Foville, a " megalomania"; Falret, o "delírio de reivindicação"; Morel, o "delírio hipocondríaco"; Magnan, o "delírio crônico de evolução sistemática"; Serieux e Capgras, o "delírio de interpretações". Todos eles terminaram sendo englobados no conceito de "formações delirantes dos degenerados".

Foi a esses obcecados pelos "conteúdos" dos delírios que Freud dirigiu a sua crítica sobre as concepções dominantes na época a respeito dos delirantes: "Todas essas denominações e classificações de diversos tipos de delírios, segundo o seu conteúdo, têm algo de defeituoso, de infecundo em si mesmas." Os psiquiatras franceses, de meados do século passado até princípio deste século, limitavam-se à descrição e classificação dos delírios, que passavam a constituir, de acordo com o seu conteúdo, verdadeiras entidades clínicas. Ao contrário, Freud mostrou que os temas do delírio revelam, em sua essência, as fantasias do delirante. Referiu: "Podemos apontar duas características principais de um delírio que, se não o descrevem de forma exaustiva, o distinguem de outras perturbações. Em primeiro lugar, o delírio pertence ao grupo de estados patológicos que não produzem efeito direto sobre o corpo, mas que se manifestam por indicações mentais. Em segundo lugar, é caracterizado pelo fato de que nele as fantasias ganharam a primazia, transformando-se em crenças e passando a influenciar as ações." O indivíduo que apresentasse um delírio era classificado de *dégénéré* e estaria com o seu destino programado a terminar os seus dias de vida encarcerado num hospício de alienados.

Classificar os delírios de acordo com os seus temas principais e elevá-los à categoria de entidade nosográfica resultou num método de certa forma precário e defeituoso, que muito contribuiu para dificultar o conhecimento deste importante problema da psicopatologia.

Tipos de delírios genuínos

Delírio de perseguição O delírio de perseguição tem as mais variadas formas de início. Em muitos casos, surge de maneira súbita, como inspiração, pensamento que aparece na mente enferma com o *incomparável sentimento de certeza subjetiva* que lhe é característico. Um dos nossos enfermos, antes de iniciar as suas ocupacões, percebeu que um companheiro de oficina aproximou-se e colocou três parafusos em sua banca de trabalho. "Imediatamente pensei que aquilo era um golpe que estavam tramando contra mim." Este foi o ponto de partida de um delírio de perseguição que se constituiu à base de percepções delirantes e interpretações secundárias. Em outros casos, o delírio se desenvolve lenta e progressivamente durante

meses e esteve associado a "um estado atormentador de inquietação interna, caracterizado por sensações angustiosas, perplexidade, insegurança e estranheza de si mesmo", ao qual se denomina *humor delirante*. A conduta do doente, nesse período, caracteriza-se por uma desconfiança excessiva, especialmente em relação às pessoas com as quais se encontra em contato imediato. Tudo serve de motivo para alimentar a desconfiança. Uma de nossas pacientes, no início da doença, começou a perceber que no ambiente de trabalho havia ocorrido alguma modificação. Observou na atitude de certas pessoas "hipocrisia e hostilidade". As colegas tornaram-se de um momento para outro "dissimuladas e reticentes". Nesses casos, ensina Lange, estabelece-se de modo súbito uma relação delirante; a idéia surge na mente do enfermo sem processos intermediários e ao mesmo tempo acompanhada de um sentimento de certeza incontestável.

Nos casos em que o delírio de perseguição se acha completamente desenvolvido, começam a figurar pessoas conhecidas entre os perseguidores: parentes próximos, vizinhos, colegas de trabalho. Algumas vezes, o médico é também relacionado entre os perseguidores e a ele se atribui a intenção de transmitir moléstias contagiosas ou mesmo a de envenenamento.

O exemplo que se apresenta em seguida é bastante interessante, porque o perseguidor está materializado em Jesus Cristo.

"J. S. Martins, com 44 anos de idade, de cor parda, casado, lavrador, natural de Carangola, Estado de Minas Gerais. Foi encaminhado ao Manicômio Judiciário Heitor Carrilho para exame especializado, em virtude de ter praticado agressão, a mão armada, a policiais que montavam guarda ao Palácio Monroe.

"Segundo versão do Ministério Público, J. S. Martins foi qualificado pelo seguinte ato delituoso: 'No dia 15 de setembro de 1960, cerca de 8 horas e 55 mlnutos, na Praça Paris, Jardim do Senado, o denunciado, armado de punhal, agrediu o soldado J. V. S., ferindo-o, não consumando o homicídio que intencionava por circunstâncias alheias à sua vontade. Estando assim incurso nas penas do art. 121 c/c o art. 12, inciso II, do Código Penal.'

"Versão do acusado: 'Declara ao examinador que procurava o Palácio do Catete, quando foi interpelado por policiais que o queriam afastar do seu objetivo; reagiu, agredindo-os a faca e, posteriormente, ameaçou-os com uma garrucha que portava. Um dos policiais atirou-lhe no braço, sob a influência de Cristo e, a seguir, o desarmou.'

"Trazido à presença do médico, J. S. Martins disse, logo no início do interrogatório clínico, que era Deus do mundo e, em conseqüência, vinha sofrendo perseguição permanente de todas as pessoas influenciadas por Jesus Cristo. Acredita-se completamente de acordo com Cristo, pois ambos querem o mundo. Como, entretanto, apenas existe um mundo, Cristo tenta por todos os meios transformá-lo em Diabo. Com esse objetivo, procurou tonteá-lo com uma dor que lhe foi introduzida na barriga (sic). O examinado, para se defender, teve de apertar os braços em torno da cintura e assim permaneceu durante três dias seguidos, impossibilitado até mesmo de fazer as próprias refeições. O Presidente Juscelino, que se encontrava presente, apostou na vitória de Cristo. O examinado veio ao Rio para cobrar-lhe a dívida. Te-

ve de viajar a pé, de carangola ao Rio, pois o Presidente havia dado ordens às empresas de ônibus para que não o conduzissem. Em Muriaé, ouviu a transmissão pelo rádio de que Jesus Cristo havia contratado um indivíduo para aniquilá-lo. 'Cristo não pode me matar, porque assim acabará o mundo.' Pretende destruí-lo, ou seja, inutilizá-lo para qualquer trabalho. Influencia pessoas como o soldado que lhe atirou no braço, assim como irradia doenças e dores, que não o atingem porque ele detém toda a energia do mundo. Refere o examinado que o mundo não existiria se não fosse a sua proteção. Atualmente, na cela que ocupa neste Manicômio Judiciário recebe visita de Nossa Senhora e de vários santos que estão ao seu lado.

''Conclusão: o examinado apresenta delírio de perseguição, com alterações da consciência do eu, características da esquizofrenia paranóide. Sentia-se perseguido por Jesus Cristo e, em função do delírio, acreditava-se credor do Presidente da República e viera ao Rio para cobrar essa dívida. O ato delituoso constitui uma expressão evidente do tema delirante'' (Portella Nunes).

Delírio de relação Neste caso, as ocorrências mais simples começam a adquirir significação especial. Ocorre então aquilo que Neisser denominou *relações primárias egocêntricas*. Os objetos e os acontecimentos adquirem uma significação particular. Tudo aquilo que acontece, no meio exterior, está de maneira especial relacionado com o enfermo. Não se trata de alteração da percepção, nem de interpretação falsa, mas, ao contrário, de percepção modificada pela vivência delirante. Uma de nosssas pacientes, numa fase mais avançada da enfermidade, começou a perceber que ''certas mulheres passavam na rua de cabeça erguida'' para inferiorizá-la. Descobria nas letras das músicas populares, nos jornais, nas legendas e nas cenas dos filmes cinematográficos claras alusões a sua pessoa. Os fatos mais insignificantes eram considerados como possuindo significação especial, extraordinária. Se alguém dizia na rua: ''O Rio está mudado, já não é mais como dantes'', isso queria dizer que ela se achava envolvida em questões trabalhistas. Explica a enferma: ''Eu fui envolvida por uma questão simbólica. Tomaram a minha pessoa como símbolo de transformações sociais.''

A configuração do delírio reflete, em muitos casos, os traços negativos e desagradáveis da personalidade pré-psicótica do enfermo. Uma de nossas doentes esquizofrênicas começou a desenvolver desde cedo um profundo sentimento de inferioridade, em virtude de julgar-se extremamente feia e antipática. Ao adoecer, sentia-se perseguida por mulheres desconhecidas, as quais, na rua, trocavam olhares entre si, sorriam, dizendo em voz baixa: ''Ela é horrorosa.''

No início da enfermidade, ''a consciência delirante de significações e as relações egocêntricas anormais se acham intimamente fusionadas'', tal como se manifesta nesta observação clínica: *''Francisco, com 43 anos de idade, de cor branca, solteiro, operário, natural do Estado de Pernambuco.*

''Conta o doente que se estabeleceu no comércio, tendo para isso pedido dinheiro emprestado. O movimento do negócio era muito intenso e o paciente supunha estar ganhando razoavelmente, mas no apuro das contas, verificou um grande prejuízo e não pode saldar suas dívidas. Do fracasso financeiro em diante, principiou a interpretar tudo o que lhe acontecia no mau sentido. Teve também uma ligação amorosa que não levou a bom termo e pensou, desde então, ser traído e haver perdido suposta concorrência. Foi para a casa de seus pais e, ao chegar, percebeu que eles o recebiam com desdém, de certo por saberem que não pagara suas dívidas e, também, por darem ouvidos ao que se dizia dele 'a respeito de pederastia'. Relata que ficou envergonhado. Não os podia olhar de frente, mas não conseguia sair de casa, por 'covardia'. Inúmeras vezes pensou em tirar desforra daqueles que 'insinuavam que era pederasta'. Via alusões desta ordem em tudo o que lhe acontecia. Certa vez vieram oferecer-lhe uma galinha e ele teve certeza de que estavam insinuando que ele era 'frango' (pederasta). Quando falavam de jogo do bicho, ao designarem o número 18 (porco) isto constituía uma clara alusão à sua pessoa. Falando-se em olhos azuis (o paciente os tinha desta cor), isto queria dizer que ele era 'gato', isto é, 'dava o bote e escondia as unhas' (alusão ao fracasso de suas operações comerciais). Perguntavam-lhe o preço dos gêneros — devia ser o fisco. Quando lhe davam, ocasionalmente, alguns gramas a mais, em algo que tivesse comprado — era cilada para avaliar a sua honestidade.

Confessou-se e o padre inquiriu-o sobre pederastia. Não respondeu porque não sabia do que se tratava. Consultou o dicionário para saber o significado da palavra. Daí em diante tem um medo particular de evitar o epíteto: 'fala mentalmente'.

''Em visita ao pai, este lhe ofereceu pão e bolo. Pão significava: 'O pão que eu tirei dos pobres'. Bolo: 'O bolo que eu dei nos credores'. Quando pretende tomar satisfações aos supostos caluniadores, confunde-se, não sabe de quem se trata, não os pode identificar. Escreveu à moça que namorava, mas não se interessou pela resposta. Na ocasião, via concorrentes em todos os homens, julgando-se feio e velho. Em seguida começou a pensar que alguns dos concorrentes, para eliminá-lo em definitivo, haviam inventado essa 'história de pederastia'. Ao andar pelas ruas ouvia chamarem-no de pederasta. Desejava 'pedir satisfações', porém 'ficava convencido de que eles não sustentariam o que diziam'.

''Exame psíquico: O paciente queixou-se de sofrer de acintes de toda espécie. Chamam-no de ladrão. Vendo um homem balançar níqueis no bolso sabe que esse gesto significa o balanço do pênis, em sua intenção. Em sua casa, notou mudança em seus familiares: falavam em voz baixa, cochichavam, faziam gestos significativos: consideram-no como pederasta 'talvez por estarem dando ouvidos ao que dele se dizia. Como também se julgava acusado de pederastia por um vizinho, não podia encarar-se com ele, atormentando-se porque isto podia ser interpretado como uma confissão. Informa que, quando ouve alguma alusão a si, consegue, 'desviando o corpo e os olhos', que 'ela passe e vá atingir outra pessoa'. Ouviu, certa vez, chamarem de 'mãezinha' a uma vizinha que tem realmente esse apelido, e logo supôs que isso significava que a sua genitora tinha uma reputação duvidosa. Considera-se hostilizado por todos. Admite que fala sozinho 'nas ocasiões em que está se defendendo ou quando replica, em diálogo, *as acusações que não pode evitar'. Explica: 'Observando a conversa dos outros, vejo nelas alguns dos meu pensamentos, sinto que os meus pensamentos foram transmitidos.'*

"No decorrer do exame, declara que olhou para a enfermeira e percebeu que ela jogou fora um papel: 'Isto só pode ser transmissão de pensamento e tem um sentido.' Admite que o examinador também o considera um pederasta. Confessa que 'se sente forçado a deter-se em certos pensamentos os quais devem ser atribuídos a outras pessoas, pois são infâmias'.

"Aparecem sempre novas produções: estando sentado num banco ao ar livre, viu um cachorro preso por uma corda que esticava, tentando desprender-se; junto viu um passarinho saltitar pelo chão e em seguida voar. Tudo isso 'era uma intenção'. Esses fatos estão relacionados, respectivamente, com a sua prisão e a sua liberdade. Lembra-se de ter visto numa venda, há poucos dias, uma pessoa balançando um molho de chaves: era uma alusão aos seus maus hábitos: masturbação e pederastia" (Nelson Pires).

Delírio de influência No delírio de influência, os enfermos se sentem vítimas de influências telepáticas, de radiações, de choques elétricos, que lhes são aplicados à distância através de aparelhos especiais. Os doentes se referem a máquinas, especialmente inventadas, com a ajuda das quais os inimigos agem sobre sua pessoa, causando-lhe pensamentos estranhos. Um dos nossos pacientes, esquizofrênico paranóide, sentia-se influenciado por "fluidos magnéticos", através dos quais tentavam provocar doenças em sua pessoa, "de acordo com a parte do corpo atacada pelo fluido". Explicava o enfermo: "Tenho sofrido vários ataques desta natureza. Por exemplo, coser, através do fluido magnético, os pulmões, enfiar uma agulha no coração, na cabeça, colocar uma chapa de ferro quente nos intestinos, queimar o rosto com pontas de cigarro e de charuto acesos, introduzir um punhal em qualquer parte do corpo, colocar água quente e ar na veia do coração, apertar os testículos, dar marteladas na cabeça. Tudo isso fazem comigo através do fluido magnético."

Exemplo clínico — *"Carlos, com 38 anos de idade, de cor preta, solteiro, pedreiro, natural do Estado da Bahia, foi internado no Manicômio Judiciário Heitor Carrilho no dia 27 de dezembro de 1938, procedente da Casa de Detenção.*

"Segundo refere o examinado, no dia 2 de dezembro de 1937, ao passar por volta das 2 horas pela Avenida Passos, sentiu, subitamente, como que uma 'pisadela', ou 'empurrão', em suma um abalo qualquer, pelo que, voltando-se meio atordoado e proferindo ao mesmo tempo palavras a esmo, fez um gesto instintivo de defesa, resultando bater com a mão no rosto de um senhor que lhe era desconhecido e caminhava atrás dele, no momento. Resultou daí troca exaltada de palavras, seguida de agressão mútua a socos. Por tal motivo foi conduzido ao Distrito Policial mais próximo, onde se viu autuado em flagrante por ferimentos leves, reputando injusta a prisão, de vez que também fora insultado e agredido, sem que o agressor tivesse sofrido qualquer processo.

"O paciente, que se tem mantido calmo desde o dia de sua internação, apresenta-se ao exame em atitude respeitosa, exprimindo com facilidade os seus pensamentos. Nota-se-lhe mesmo certa preocupação no arranjo das frases, pontilhadas de termos rebuscados e aplicados sem grande propriedade.

Procura no curso da conversa demonstrar conhecimentos gerais, especialmente no que diz respeito a questões ligadas ao espiritismo, de que se revela fervoroso crente, sendo notável a influência que a sua convicção religiosa exerce sobre a percepção da realidade, levando-o até a atitudes evidentemente patológicas. Assim é que, desde alguns anos, vem alimentando delírio de influência, de conteúdo espírita, incrementado por alucinações múltiplas (auditivas, visuais, táteis, motoras e cenestésicas), que se acentuaram ultimamente. Foi precisamente em 1930 que experimentou pela primeira vez a influência de 'fluidos' sobre a sua pessoa. Certa noite, acordou sob forte pressão no peito e sentindo algo esquisito pelo corpo; quis levantar-se, mas não conseguiu, pois estava como manietado, subjugado. Daí em diante, passou a freqüentar centros e sessões espíritas e a dedicar-se à leitura de obras sobre o assunto. Paralelamente, as suas faculdades 'mediúnicas e de vidência', foram-se desenvolvendo aos poucos. Julga-se, atualmente, médium sofredor, isto é, atuado por espíritos atrasados que procuram esgotar a sua capacidade de resignação e sofrimento. Na ânsia de tudo conhecer sobre o espiritismo e talvez livrar-se da influência maléfica dos 'espíritos atrasados', veio para esta Capital, onde sabia da existência de muitos centros, alguns com boas bibliotecas especializadas, nas quais poderia desenvolver melhor os seus conhecimentos da matéria. A influência dos espíritos se exerce sobre ele de diversos modos: intuição, isto é, presciência dos fatos, audição de vozes, visões, sensações de toque em seu corpo, de empurrão, de queda, de salto, de paralisação dos movimentos.

"Durante a sua internação neste Manicômio tem-se mantido em geral calmo, porém retraído, fugindo da convivência dos demais doentes. Acha-se orientado auto e alopsiquicamente. É desconfiado e interpretador. Não raro, no curso do exame, quando se procura precisar determinado fato, recusa atender à solicitação dos peritos. Revela certa indiferença afetiva e transtornos volitivos, estes traduzidos por falta de iniciativa pragmática e tendência à ociosidade" (Aloisio Câmara).

Em alguns doentes, o delírio de influência assume o aspecto especial de *delírio de envenenamento*. Neste caso, o enfermo percebe um sabor estranho nos alimentos, o que pode determinar, em alguns esquizofrênicos paranóides, a recusa dos alimentos, pelo fato de desconfiarem que os mesmos possam estar envenenados.

A presença de delírio de influência é sinal de mau prognóstico, pois de modo geral, esta forma de delírio conduz a uma alteração grave da personalidade.

Delírio de ciúme Sob a forma de delírio genuíno manifesta-se em esquizofrênicos paranóides. Nesses enfermos, o delírio de ciúme tem grande significação do ponto de vista médico-legal. Nos casos em que adquire a forma de delírio de infidelidade conjugal, o doente está convencido de ser enganado ou que tentam enganá-lo. Por esse motivo, mantém uma vigilância contínua em torno da esposa. Tudo serve para alimentar a desconfiança patológica e para determinar modificação das vivências no sentido do delírio. Ao enfermo parece que sua mulher recebe cartas secretas, que, na

sua ausência, permite a visita de indivíduos estranhos. Passa então a examinar as vestes íntimas da esposa, a pesquisar os lençóis, onde descobre manchas suspeitas. Verifica que os amantes se apresentam disfarçados de padeiros, verdureiros ou moço de recados. Na rua, observa que alguns indivíduos fazem sinais especiais para sua esposa. Um olhar, o movimento dos lábios, um gesto casual com a mão representam sinais reveladores. O ranger do leito durante a noite, a mudança de um móvel do lugar habitual adquirem para o doente uma significação extraordinária, delirante. Ao andar sozinho pela rua, percebe que os transeuntes lhe dirigem gracejos, fazem alusões à infidelidade de sua esposa, consideram-no marido complacente. Não é raro que o enfermo comece a duvidar da legitimidade de seus filhos, ou quase, em casos idênticos, a acusar os filhos de cumplicidade, ou então desconfie que toda a família conspira para eliminá-lo, a fim de que a esposa possa entregar-se livremente aos amantes. Nesses casos, o delírio de ciúme passa a segundo plano, adquirindo preponderância o delírio de envenenamento.

Freqüentemente, o paciente identifica os supostos amantes da mulher entre as pessoas de sua convivência: um vizinho, um amigo, um dos seus irmãos ou até mesmo um dos filhos mais velhos. As reações, no delírio de ciúme, são características, geralmente de natureza violenta: os enfermos fazem escândalo público, agridem, chegando algumas vezes à prática de homicídio e de uxoricídio.

Exemplo clínico — *"Miguel, com 52 anos de idade, de cor branca, casado, funcionário público, natural do Rio de Janeiro. Deu entrada no Manicômio Judiciário Heitor Carrilho no dia 4 de setembro de 1945 procedente da Delegacia do 27º Distrito Policial.*

"O examinado viveu 'muito feliz' com a esposa durante 22 anos. Em 1932 começou a perceber algo de diferente entre ela e um rapaz, seu companheiro de caçadas. Certa vez, após retornar de uma visita e ao recolher-se ao leito, 'notou que havia uma pessoa escondida perto da casa'. Ficou na 'expectativa'. Observou que a esposa 'ficou inquieta', procurando ter a certeza de que o paciente já havia conciliado o sono. Chamava-o em voz baixa, colocava uma das mãos sobre o seu corpo para ter a certeza de que já 'ressonava'. Nesse momento ouviu mexerem no arame do quintal que serve para estender roupas, e baterem em seguida na parede do quarto, como uma espécie de aviso ou de chamada. Não fez movimento algum, mas ficou alerta, 'desconfiado'. No dia seguinte advertiu à esposa, dizendo que 'aquilo não era direito'. Passou vários dias sem lhe dirigir a palavra. Depois de alguns dias, 'sempre atormentado por aqueles maus pensamentos', disse à esposa que iria para o serviço na Serra dos Viegas (avançamento da estrada em construção). Tal, porém, não o fez. Escondeu-se entre umas árvores próximas de sua residência e, por volta das 10 horas da noite, 'ouviu um assobio', muito parecido com o do rapaz, seu companheiro de caçadas. Não se mexeu. Suas suspeitas se 'confirmaram' e então, subitamente, teve a revelação do motivo pelo qual o amigo havia desaparecido de sua casa. Não disse nada.

"Em 1938, seis anos mais tarde, após adoecer de pneumonia, notou que 'algo diferente' se passava em casa. Seu filho mais velho já não era o mesmo e, algumas vezes, observou modificação no modo costumeiro das relações de sua esposa com o primogênito. Ficou desconfiado, mas 'nada podia fazer', 'era uma grande vergonha', que 'precisava abafar', para 'não dar escândalo'.

"Em 1944, no dia 10 de maio, indo à noite ao quintal viu o filho 'penetrar no seu quarto'. Correu e, quando transpunha a porta de entrada da casa, o rapaz 'que era corado, saiu do cômodo branco como madrasto'. Apressou o passo e viu a esposa, de pé, com uma toalha, que imediatamente jogou para longe de si. Mais uma vez não disse nada; porém, daquele dia até 4 de junho seguinte, os três não mais dormiam; ele preocupado, 'triste e envergonhado', o filho 'assobiando e mexendo nas gaiolas dos passarinhos', e a esposa 'esperando' que ele adormecesse para se encontrar com o filho.

"No dia 4 de junho, pela manhã, reuniu a pequena família e disse, dirigindo-se ao filho: 'olha, Teotônio, até ontem eu fui teu pai, mas de hoje em diante tu és o meu maior inimigo'. Em seguida, admoestou 'com modos' a esposa, dizendo que o filho não poderia mais ficar em casa, que era 'uma grande vergonha para a família', 'um escândalo', que tinha de ser 'abafado'. O rapaz mudou-se, mas, a partir daquele dia, notou que, durante a noite, o filho vinha 'rondar a casa', 'batendo nas paredes do quarto'. Já não agüentava mais; certa vez, saiu com um lampião, procurando ao redor da casa o filho, sem que o encontrasse. Quando voltou a entrar em casa, a esposa avançou para ele, chamando-o de 'velho cachorro' e dizendo que não mais poderia viver em sua companhia e que iria para a casa de sua mãe. Em seguida, trancou-se no quarto, não permitindo que o paciente ali entrasse para dormir. No dia seguinte, maldormido, 'com vontade de suicidar-se', interpelou a esposa, condenando-lhe as maneiras e os modos. Esta 'arregalou os olhos'. E como as idéias já tivessem deliberado para 'aquilo', apanhou a garrucha de carga de chumbo e atirou na esposa. Correndo para o quarto, ela apanhou um lençol e procurou envolver o paciente, o qual apanhou uma faca de ponta e 'furou-a diretamente' e, em seguida desfechou contra si mesmo um tiro de pistola, com o intuito de acabar com a vida. O paciente não tem passado alcoólico.

"A sua mulher informou-nos que, desde os primeiros anos de casados, Miguel evitava relações com os vizinhos e mantinha sobre ela uma vigilância permanente. O seu filho mais velho (precisamente o que era apontado como autor da desonra) foi certa vez por ele procurado para lhe informar que estava sendo traído por certo companheiro e amigo. Espantado com a revelação, pôs-se a investigar e concluiu não ter o menor fundamento a suspeita do pai. Através das declarações do paciente constantes dos autos e das narrações que nos fez dos fatos de sua vida atribulada dos últimos tempos, são abundantes as percepções delirantes, as relações egocêntricas patológicas e até mesmo alucinações, tudo contribuindo para aferrar cada vez mais a convicção delirante de que a mulher e o filho mais velho mantinham intimidade sexual. Ora são os rumores de passos que ouve altas horas da noite, que se lhe afiguram provas indiscutíveis de que o filho, expulso, ronda a casa em busca de uma oportunidade para ter relações sexuais com sua mãe. Em certa ocasião, sai, vê um vulto, apanha a espingarda, atira na direção e manda o filho mais novo procurar o cadáver do irmão traidor; apesar de obedecer a tão estranha ordem, não consegue o rapaz encontrar os vestígios da pre-

sença de alguém. Apesar disso, Miguel não tem a menor dúvida de que era o filho que estivera a rondar a casa. Em outra ocasião, ouve certos ruídos no arame de estender roupa lavada, no quintal; todos concordam que o mais provável é que aves e morcegos pousam e depois retomam o vôo, o que é freqüente. Miguel não nega essa possibilidade, mas julga mais provável que seja o filho maldito, o qual, inadvertidamente na escuridão reinante, dera de encontro ao arame; grita, insulta e dá tiros de espingarda para o terreiro. Para espreitar melhor o que se passa em torno de sua casa, faz um furo no alto de uma janela e passa longo tempo de olho pregado no buraco, espreitando, na convicção de que, estando fechadas as portas e janelas, seu filho, o 'traidor', há de supor não esteja ele vigilante e poderá se deixar surpreender. Os pássaros esvoaçam nas gaiolas; para toda gente, são ratos ou morcegos que os espantam; para Miguel não pode deixar de ser o seu filho mais velho. Diante do rapaz (que fizemos vir ao Manicômio Judiciário, especialmente para ter um encontro com o pai em nossa presença), apesar do cunho de sinceridade e dos apelos do filho para que atentasse no absurdo da suspeita que sobre ele lançara, Miguel continuou afirmando não ter nenhuma dúvida da culpabilidade do filho'' (Floriano de Azevedo).

Delírio de grandeza O tema do delírio de grandeza, como nas demais formações delirantes, varia de acordo com a época, com o meio em que vive o paciente, com o grau de instrução e com as concepções do enfermo. Sob a forma de delírio genuíno, pode assumir aspectos variados: em determinados doentes observa-se delírio ambicioso, de riqueza ou de grandeza propriamente dito, de invenção, de reforma social, erótico, em outros.

O *delírio ambicioso* assume, geralmente, o aspecto de uma apreciação exagerada da própria personalidade. O enfermo sente-se superior aos demais, acredita descender de uma ilustre família, diz ocupar altos postos no exército ou na administração pública, ou que possui elevados conhecimentos científicos. Em conseqüência, adota atitudes solenes, cumprimenta as outras pessoas com ar de dignidade, fala em linguagem rebuscada e em tom de voz autoritário. Nos casos de delírio de riqueza, o doente faz referência a sua fortuna fabulosa, diz ser possuidor de bilhões, que é proprietário de bancos, de casas comerciais. No delírio de grandeza propriamente dito, o enfermo sente-se superior aos demais em saúde, capacidade intelectual e força física. O doente afirma ser capaz de levantar pesos incríveis, que viverá milhares de anos. Em alguns casos, o delírio de grandeza assume forma altruísta: no hospital, o paciente distribui títulos honoríficos aos médicos, enfermeiros.

Exemplo — *''O paciente, após terminar o curso comercial, trabalhou num escritório de seguros e, em seguida, prestou um ano de serviço militar, quando contraiu uma infecção pulmonar. Depois do tratamento, voltou a trabalhar como empregado de seguros, desempenhando as suas tarefas com um afã encarniçado, discutindo a todo instante com seus colegas e superiores. Ao mesmo tempo, pleiteava indenizações junto ao escritório de seguros militares, para onde encaminhava longos relatórios e requerimentos. Recebida a indenização, tentou realizar uma aprendizagem como agricultor, porém não conseguia permanecer muito tempo nos postos de trabalho que encontrou no campo. Comportava-se de maneira cada vez mais insuportável, vagando de um lugar para outro, até que foi obrigado a voltar para a casa dos pais, para que os mesmos o sustentassem. Logo após o regresso, começou a dizer que os operários de uma construção próxima eram espiões, colocados ali para o vigiarem e, quando sentia dores abdominais, acusava os judeus de tentarem envenená-lo. Durante o decênio seguinte à sua primeira internação em 1926, tentou todas as profissões possíveis. Em virtude de importunar cada vez mais as autoridades encarregadas de auxiliar economicamente os indigentes, foi procedida a sua internação.*

''O paciente é um dos enfermos mais inquietos da clínica. Na maior parte das vezes está de bom humor, porém se irrita facilmente, pronuncia discursos grandiloqüentes em voz ameaçadora e pinta nas paredes figuras humanas desnudas e amaneiradas, de tamanho superior ao natural. Está convencido de ser um artista genial, porém sem recursos para se impor, encaminha numerosos requerimentos reclamando subvenções. Afirma ter realizado projetos para a defesa nacional, os quais foram postos em prática durante a Segunda Guerra Mundial. Dizia que, em virtude do seu ingresso na clínica, em 1937, não tinha recebido o reconhecimento e a recompensa merecidos. De fato, o paciente possui ainda uma quantidade fantástica de escritos dirigidos ao departamento militar e redigidos nos anos anteriores à guerra, escritos que foram enviados e devolvidos. Encaminhou ao coronel H. 'coisas muito importantes, tão importantes como o Penhasco de Gibraltar' e apresentou em um importante diário documentos nos quais demonstra que realizou um 'trabalho próprio do Alto Comando Militar'. Não recebeu nada do Governo em pagamento do seu trabalho e agora exige uma indenização não inferior à quantia de cinco milhões de francos suíços por documento'' (K. W. Bash).

O *delírio de invenção*, embora não seja muito freqüente, reveste o aspecto de invenção de aparelhos e de descobertas científicas. Os doentes com esse tipo de delírio acreditam ter descoberto máquinas especiais, descrevem métodos revolucionários de navegação, descobriram o moto contínuo, a quadratura do círculo, fórmulas para a cura de todas as enfermidades, para mudar as estações do ano, para a defesa contra forças maléficas e medicamentos para a imortalidade. Há alguns anos, Murilo de Campos publicou a observação de um enfermo com delírio de invenção, da qual transcrevemos os trechos principais:

''Acompanhamos desde o início, no antigo Hospital Nacional de Psicopatas, a história de um paciente, cujas primeiras manifestações clínicas se relacionavam com o invento de um aparelho técnico. Constavam, sobretudo, de delírio de invenção, alucinações auditivas sob a forma de vozes, e alucinações visuais de conteúdo místico. O paciente assim descreve os seus inventos:

''Eu cursava o 2º ano de Engenharia Civil, quando deixei a Politécnica. Apesar de estudante paupérrimo, lutando com grandes dificuldades para manter-me, eu era, creio, considerado um dos primeiros alunos. Mas ainda no começo do 2º ano, apenas um mês de iniciadas as aulas, o Dr. Amoroso deu uma aula sobre um dos mais importantes aparelhos de alta matemática — o intégrafo. Então logo me ocorreu inventar um tipo de intégrafo, o que me pareceu um fato de pouca importância. Mas poucos dias depois, co-

mecei a vislumbrar que estava a caminho de uma importantíssima descoberta, isto é, de um intégrafo mais perfeito, mais simples que todos os outros existentes, inclusive o de Abdank, que é de uso universal há muitos anos. Por isso apaixonei-me pela idéia e não hesitei em sacrificar meus estudos em benefício dela, à qual me dedicava continuamente, noite e dia, fazendo desenhos e mais desenhos. Mas o resultado desse trabalho foi estupendo, muito além da minha expectativa. Fiquei mesmo louco de alegria. Pois em setembro de 1916, apenas quatro meses depois de eu ter-me atirado a uma tal empresa, eu, sozinho em meu quarto, tendo como ferramenta uma faca, uma tesourinha e parece-me que nada mais, construí, com tábuas de caixa de charutos, pregos, arames e folhas de flandres, o meu primeiro tipo de intégrafo, claro que muito toscamente. Mas que formidáveis resultados, na sua perfeição e na sua precisão, obtive com aquele intégrafo! Este aparelho levei-o para a escola, lá fazendo experiências com ele, diante do Dr. Amoroso e de muitos colegas. Para ser breve, foi uma importante descoberta científica.

"Após uma de suas aulas, entreguei ao Dr. Amoroso o meu invento, o qual o recebeu bem e surpreso. Alguns dias depois fui chamado a seu gabinete e ali, com a cara e gestos de quem nada, nada absolutamente, entendera do meu trabalho, passou a fazer objeções e contestações, todas matematicamente absurdas.

"Novos inventos: 'Logo que cheguei ao Hospício, entreguei-me a descrever e a desenhar os inventos que realizei depois do intégrafo. A princípio eu os deduzi do meu próprio intégrafo. Eis os principais:

"1) o trabalhógrafo e o trabalhopotenciógrafo (nomes de minha iniciativa), aparelhos que traçam a curva do trabalho ou a do trabalho e da potência da máquina a vapor ou à explosão, enquanto a máquina trabalha. É também trabalhômetro, isto é, pode indicar o trabalho produzido em mostradores de relógio.

"2) O regulador parabólico (diversos tipos) para assegurar o movimento da máquina a vapor (o tipo originário é o reator de Watt).

"3) O transformador, que é o clinígrafo ou o clinodeflexígrafo ou reversígrafo, dá solução a este problema: traçado automático da planta, com curvas de nível dum terreno coberto de árvores, ou em noite escura.

"4) O cilindrófago, epi e hipocicloidógrafo, aparelhos que traçam o perfil dos dentes de todas as rodas de engrenagem.

"5) O girógrafo, aparelho que multiplica no desenho o número de dentes das rodas de engrenagem.

"6) Um tipo de aparelho para voar (7 kg de peso), por meio do esforço muscular.

"7) Aparelho para ensinar a escrever a um ou muitos alunos ao mesmo tempo."

O *delírio de reforma* constitui uma variedade do delírio de grandeza e se manifesta sob a forma de delírio de reforma social, política, econômica, religiosa, moral. A história da civilização está repleta de exemplos de reformadores idealistas que, ultrapassando o campo da normalidade, desenvolvem uma atividade francamente patológica. Os enfermos com delírio de reforma empregam intensa atividade no sentido da propagação de suas idéias. Falam em praça pública, escrevem artigos para jornais, imprimem folhetos e livros, dirigem cartas às autoridades. As idéias propagadas por tais doentes são completamente utópicas, absurdas. Ensina Mira y Lopez que a distinção entre esse tipo de doente mental — geralmente esquizofrênicos paranóides — e os indivíduos normais que defendem pontos de vista de modificação da estrutura social vigente pode ser feita tomando-se como base três pontos essenciais: 1.º) a convicção na originalidade de suas concepções; 2.º) a falta de lógica das mesmas; 3.º) a ausência de senso de oportunidade para propagá-las.

O *delírio erótico* é uma variedade do delírio ambicioso. Manifesta-se em geral orientado para artistas de teatro, cantoras populares, pelos quais o enfermo se encontra perdidamente apaixonado. Em alguns casos, o doente mantém uma atitude platônica; em outros, porém, vai acompanhado de desejo sexual, com a tentativa de atos violentos de posse. Os enfermos estão inteiramente certos de que são correspondidos e, para reforçar esta crença, interpretam os gestos e o olhar do artista no palco, dirigindo-os a eles como provas de amor. Algumas vezes, quando se trata de paciente do sexo feminino, o delírio erótico pode manifestar-se em relação ao médico, determinando malentendidos e até escândalos pelos jornais. Não faz muito tempo que uma doente desse tipo dirigiu cartas aos jornais denunciando um psiquiatra de renome como seu sedutor. O desagradável nesses casos é que os leigos e os jornais dão crédito a essas manifestações delirantes.

Exemplo clínico — *"O senhor sabe de tudo, não preciso dizer-lhe. Não posso pensar nada para mim pois todo o mundo vê o que eu penso, sim, eu não posso ver os seus pensamentos mas o senhor vê os meus. Como explicar isso? Não sei, mas sinto que é assim. Trouxeram-me para aqui porque eu quis me encontrar com o Presidente Juscelino. Nós nos casamos secretamente; não, ele não está casado com outra, mas sim comigo; foi para mim que ele falou na televisão, percebi claramente que ele marcou encontrar-se comigo. Eu senti quando ele passou pela minha casa e ficou à minha espera na esquina. Tentei ir ao seu encontro mas não deixaram, chamaram uma Ambulância e me trouxeram para aqui. Não adianta, o Juscelino virá buscar-me: ele agora está em Minas, mas se comunica secretamente comigo. Quando ele dá entrevista ele me manda mensagens. Ontem à noite aqui no Hospital estivemos juntos, eu não o vi mas senti quando ele chegou. Não, eu não estava dormindo, não foi sonho; ele esteve mesmo comigo e muito intimamente. Como o senhor sabe que elas (as 'vozes') falam comigo? O senhor é espírita? Não, eu não estou doida, tudo isso é verdade"* (Wassiy, Chuc).

Teoria etiopatogênica do delírio

A fenomenologia, especialmente a fenomenologia de Jaspers, prestou uma inestimável contribuição ao estudo dos delírios. Como vimos anteriormente, Jaspers faz a distinção entre *idéias delirantes primárias* e *idéias deliróides*.

No que se refere à gênese das idéias delirantes primárias, segundo Jaspers elas têm conexões com todos os sintomas psicóticos possíveis, de acordo

com o quadro mórbido em que se manifestam. Os delírios primários representam algo último e derradeiro. Admite que eles tenham como fonte uma *vivência patológica* primária ou exigem como condição prévia uma transformação da personalidade. Surgem como um fenômeno autóctone e original no campo da vida psíquica. "A idéia delirante primária não tem *motivo*, senão *causa*. Surge de um transtorno orgânico." A sua existência, segundo Lopez Ibor, fala a favor de uma transformação radical que acompanha os processos psíquicos: a *somatose*.

A vivência primária se caracteriza pelo fato de emprestar novas significações ao ambiente. A consciência de significação experimenta uma transformação radical. O próprio Jaspers admitiu a possibilidade de existência de uma "disposição delirante", em conseqüência da qual surge "um sentimento de falta de apoio e insegurança que o impele instintivamente a procurar um ponto firme onde possa segurar e agarrar". Esta seria a origem da desconfiança e das convicções de perseguição.

A transformação operada na estrutura da vivência contribui para o aparecimento da "consciência anormal de significação", que se estende a todos os aspectos da intencionalidade da consciência: desde as percepções mais simples, às intuições e ao pensamento, emprestando colorido especial aos atos psíquicos.

Conrad chamou a esta transformação na estrutura da vivência de *apofania*, no sentido de *tornar-se manifesto*. O enfermo delirante começa então a "estabelecer relações sem motivo" (Grühle).

As vivências delirantes primárias se originam do processo orgânico subjacente. A sua etiopatogenia é explicável pelo processo que as origina. Por isso, a investigação fenomenológica procura revelar a "incompreensibilidade genética da vivência delirante". Quando se torna "incompreensível", a etiopatogenia da mesma se encontra no processo.

As *idéias deliróides* se referem sempre a outra experiência psíquica que as determina. Esta experiência vivida pode ser uma alucinação, uma alteração do estado de ânimo ou uma idéia prevalente. Por isso se diz que a idéia deliróide é "compreensível".

A fenomenologia, com base no critério de "compreensibilidade" e ' incompreensibilidade", isto é, na análise da vivência, conserva os conceitos de Jaspers relativos a "reação", "desenvolvimento" e "processo". Por isso, nesta investigação psicopatológica, toda vivência delirante primária é sempre a expressão de um processo.

Reação vivencial Kurt Schneider define a reação vivencial como "a resposta sentimental, dotada de motivação plena de sentido, a uma vivência; isto é, a resposta oportuna, motivada e sentimentalmente adequada à referida vivência". Exemplifica: tristeza por algo, arrependimento por algo, medo diante de algo, cólera por algo, constituem as reações vivenciais mais comuns. Estes sentimentos trazem em si mesmos os elementos de que se derivam, freqüentemente, a ação e o abster-se de agir. "Este tender e este agir, este opor-se à tendência e o abster-se, pertencem também à reação vivencial" (Schneider).

No conceito de Kurt Schneider, as *reações vivenciais* diferem das reações normais em virtude de sua extraordinária intensidade, ao que se deve acrescentar o fato de não serem adequadas em relação ao motivo, ou melhor, à anormalidade da duração. Os critérios para delimitar as reações vivenciais anormais foram resumidos por Jaspers: 1) a situação reativa não teria surgido se não tivesse ocorrido a vivência que a originou; 2) o conteúdo, o tema da situação se encontra em relação compreensível com a causa determinante; 3) a situação, no que diz respeito ao curso temporal, depende da causa e, sobretudo, cessa quando desaparece a causa.

A essência da reação vivencial anormal é o fato de ser originada por uma vivência.

Nas reações vivenciais anormais, há uma relação compreensível entre o acontecimento e a reação desencadeada, reação essa que não ocorreria na falta do acontecimento original, isto é, "as reações estão em relação temporal com os acontecimentos". A esse propósito, diz Jaspers: "Resumimos ainda, para concluir, os traços comuns a todas as reações verdadeiras: o motivo ocasional, que está em relação *temporal* estreita com o estado reativo, é *suficiente* para nossa compreensão. Entre o conteúdo deste acontecimento e o conteúdo da reação anormal, há uma relação *compreensível*. Como se trata de uma reação a um acontecimento psíquico particular, a anomalia se apaga no decurso do tempo. Sobretudo, com a *cessação da causa*, a *reação anormal* desaparece. Isto coloca a reação anormal em oposição a todos os fenômenos mórbidos que nascem espontaneamente."

Como bem assinalou Kurt Schneider, as reações vivenciais anormais, quando provocadas por motivos externos, são independentes do caráter individual: são humanas, próprias de todo homem.

Desenvolvimento Segundo Jaspers, o desenvolvimento psíquico anormal depende diretamente da personalidade. Consiste no prolongamento do desenvolvimento unitário do caráter, o qual, apesar de desproporcionado, mantém certa coerência com a estrutura do temperamento.

Jaspers refere-se apenas a "desenvolvimento de uma personalidade", que opõe ao processo psicótico.

O desenvolvimento psíquico anormal tem as seguintes características: 1) desenvolvimento de acordo com a idade e o estilo de vida do indivíduo; 2) relação da disposição como ambiente, sob a forma de um destino compreensível ao desenvolvimento biológico; 3) reação da disposição pessoal, que conserva igual sua natureza em relação às experiências ou acontecimentos vividos, ainda mesmo afastando-se da realidade; 4) elaboração e configuração dos sintomas de forma correspondente à maneira de ser do indivíduo, que se identifica com a sua forma desproporcionada.

Processo Jaspers define a fase psicótica como algo completamente novo, que se apresenta por efeito de uma transformação profunda, vital, da atividade anímica, que pode ter uma longa duração, mas que, em princípio, é reversível.

O *processo psicótico*, além de ser algo novo na vida mental, é duradouro e irreversível. Trata-se de uma ruptura biológica fundamental da normalidade, que interrompe o curso da vida pessoal e a transforma de modo incurá-

vel. Jaspers assinala estes critérios biográficos do processo: 1) aparecimento do novo em um momento determinado; 2) presença, nesse momento, de múltiplos sintomas conhecidos; 3) ausência de uma causa (exterior) desencadeante ou de um acontecimento vivido, cuja experiência o motive de modo suficiente. A transformação psicologicamente incompreensível da personalidade é a característica básica do processo psíquico.

A maioria dos psiquiatras está em desacordo com Jaspers com referência à natureza irreversível, incurável, do processo.

O *delírio primário*, diz Jaspers, "é incorrigível devido a uma *modificação da personalidade*, cuja essência, até agora, nem podemos descrever, quanto mais formular conceitualmente, mas que podemos supor". O decisivo, nesses casos, é a persistência da evidência na reflexão e na crítica. "E esta persistência não se pode compreender nem mesmo como modificação de uma função de pensamento, de um ato, nem como uma confusão, nem como o fanatismo normal de pessoas dogmáticas." Em sua opinião, se tivermos uma concepção clara de que o delírio autêntico reside na *vivência delirante primária* e na *transformação da personalidade*, pode-se admitir que uma idéia delirante pode ter conteúdo correto sem deixar de ser delirante.

Valor semiológico

A maior significação do conceito de delírio primário, de Jaspers, está precisamente em sua *procedência mórbida*. "A predisposição ou tendência à apresentação de verdadeiras idéias delirantes supõe que há uma agressão mórbida profunda ao núcleo da personalidade, que determina com freqüência vivências de estranheza de si mesmo e modifica totalmente os pensamentos, os sentimentos e a vontade do paciente." Segundo G. E. Störring, o delírio primário aparece em todos os *processos* em que se demonstra, ou pelo menos supõe-se, a existência de *alterações cerebrais*, como a equizofrenia, as intoxicações que atingem o encéfalo e vários quadros relacionados com as alterações senis encefálicas, como, por exemplo, muitas depressões de indivíduos em idade avançada.

As idéias deliróides surgem nas perturbações mentais sintomáticas, nos transtornos mentais afetivos e em casos de psicopatias.

vel. Jaspers assinala estes critérios biográficos do processo: 1) aparecimento do novo em um momento determinado; 2) presença, nesse momento, de múltiplos sintomas conhecidos; 3) ausência de uma causa (exterior) desencadeante ou de um acontecimento vivido, cuja experiência o motive de modo suficiente. A transformação psicologicamente incompreensível da personalidade é a característica básica do processo psíquico.

A maioria dos psiquiatras está em desacordo com Jaspers com referência à natureza irreversível, incurável, do processo.

O *delírio primário*, diz Jaspers, "é incorrigível devido a uma *modificação da personalidade*, cuja essência, até agora, nem podemos descrever, quanto mais formular conceitualmente, mas que podemos supor". O decisivo, nesses casos, é a persistência da evidência na reflexão e na crítica. "E esta persistência não se pode compreender nem mesmo como modificação de uma função de pensamento, de um ato, nem como uma confusão, nem como o fanatismo normal de pessoas dogmáticas." Em sua opinião, se tivermos uma concepção clara de que o delírio autêntico reside na *vivência delirante primária* e na *transformação da personalidade*, pode-se admitir que uma idéia delirante pode ter conteúdo correto sem deixar de ser delirante.

Valor semiológico

A maior significação do conceito de delírio primário, de Jaspers, está precisamente em sua *procedência mórbida*. "A predisposição ou tendência à apresentação de verdadeiras idéias delirantes supõe que há uma agressão mórbida profunda ao núcleo da personalidade, que determina com freqüência vivências de estranheza de si mesmo e modifica totalmente os pensamentos, os sentimentos e a vontade do paciente." Segundo G. E. Störring, o delírio primário aparece em todos os *processos* em que se demonstra, ou pelo menos supõe-se, a existência de *alterações cerebrais*, como a equizofrenia, as intoxicações que atingem o encéfalo e vários quadros relacionados com as alterações senis encefálicas, como, por exemplo, muitas depressões de indivíduos em idade avançada.

As idéias deliróides surgem nas perturbações mentais sintomáticas, nos transtornos mentais afetivos e em casos de psicopatias.

5. Alterações do raciocínio

Introdução psicológica

O termo raciocínio é usado em dois sentidos: lógico e psicológico. Em seu sentido lógico, consiste em selecionar e orientar os dados do conhecimento, tendo como objetivo alcançar uma integração significativa, que possibilite uma atitude racional ante as necessidades do momento. Chama-se juízo o processo que conduz ao estabelecimento dessas relações significativas. Julgar é, nesse caso, estabelecer uma relação entre dois conceitos. A função que relaciona os juízos recebe a denominação de raciocínio. A palavra serve também para designar as operações dedutivas e indutivas. Em seu sentido lógico, o raciocínio não é nem verdadeiro nem falso: é correto ou incorreto.

Em Psicologia, o termo raciocínio tem o mesmo sentido de pensar. Segundo Magalhães Vilhena, aos objetivos da Psicologia interessa, principalmente, o estudo do "processo efetivo, real, do ato do pensar, das operações psíquicas do pensar consideradas sob o prisma descritivo e genético. Estuda o seu curso efetivo, quer espontâneo, quer provocado, os seus caracteres essenciais, o seu desenvolvimento no tempo e os fatores que para ele concorrem, as suas relações com os restantes conteúdos mentais e com os fenômenos afetivos e volitivos, isto é, com toda a vasta série de processos mentais que acompanham ou mesmo intervêm na operação de raciocinar".

A mais elementar forma do pensar consiste num vago perpassar na mente de idéias casuais e desconexas, numa sucessão irregular e acidental de representações e idéias. Trata-se, nesse caso, de "pensamentos" sem significação, desprovidos de lógica e de qualquer utilidade. Esse é o pensamento característico do devaneio, da fantasia, que se manifesta nos momentos de inércia mental e adquire caráter patológico em diversos quadros neuróticos.

Em sua forma superior, o pensamento é um ato reflexivo. A reflexão não é apenas uma sucessão, e sim uma série lógica de idéias; cada idéia articula-se com a precedente, o pensamento segue uma direção. "Os anéis da corrente do pensamento reflexivo derivam dos anéis antecedentes e dão origem aos subseqüentes; as idéias não vão e vêm, confusamente — cada fase do raciocínio é um passo dado de certo ponto em direção a outro ou, falando tecnicamente, é um dos termos do pensamento. Cada termo deixa uma contribuição de que o termo seguinte se utiliza" (Dewey). Nesse caso, o pen-

samento se manifesta como uma série ordenada, em que os conceitos estão de tal forma unidos entre si que o último elo da cadeia deriva necessariamente do antecedente.

O raciocínio é a operação mental que nos permite aproveitar os conhecimentos adquiridos através da prática social, combiná-los logicamente, para alcançar uma forma superior de conhecimento. O processo do raciocínio representa um modo especial de ligação entre conceitos, de seqüência de juízos, de encadeamento lógico de conhecimentos, derivando sempre uns dos outros. Assim como a ligação entre conceitos permite a formação de juízos, a ligação entre juízos conduz à formação de novos juízos e, desse modo, se processa o pensamento. O raciocínio humano é uma cadeia infinita de representações, conceitos e juízos. A fonte de todo esse processo é a experiência sensorial.

O pensamento humano é o produto supremo da matéria organizada de modo especial. O pensamento está sempre relacionado com determinada forma de movimento da matéria: com a atividade do cérebro, da qual é o produto. "O raciocínio, por mais sobrenatural que pareça, é o produto de um órgão material, corpóreo — o cérebro."

O conhecimento humano representa um processo que começa com a sensação e termina com o raciocínio dialético. A sensação e o raciocínio são momentos diferentes, aspectos ou graus do mesmo processo do conhecimento. Por isso, não se pode separá-los. O mundo exterior age sobre nossos órgãos dos sentidos, provocando neles as sensações, e essas sensações em conexão indissolúvel com a atividade do pensamento oferecem o conhecimento dos objetos e de suas propriedades.

A escola associacionista procurou explicar o processo do raciocínio humano através de leis e condições especiais das "associações de idéias". Ao mesmo tempo, essa escola psicológica não levou em conta que no raciocínio intervêm inúmeras operações intelectuais de abstração e generalização. Por outro lado, como as "leis" da associação de idéias não esclareciam o processo do pensamento, procurou-se a influência das "constelações" e a existência de uma "idéia diretriz" para explicar a coerência que se observa no raciocínio normal.

Patologia

Sob a denominação de perturbações da ideação estudam-se, nos tratados de psiquiatria, as alterações da segunda fase do processo do conhecimento, isto é, os distúrbios do conhecimento racional ou intelectual constituído pela formação dos conceitos, a constituição dos juízos e elaboração do raciocínio. As alterações do pensamento são examinadas, habitualmente, em sua forma e em seu conteúdo, muito embora essas alterações sejam de tal natureza que, em determinado enfermo, seja extremamente difícil fazer a distinção entre o que se acha mais atingido, se a forma ou o conteúdo do pensamento. Abandonamos estas denominações tradicionais e consideramos essas alterações como conseqüência de perturbação das operações psíquicas

do pensar. Tais alterações são muito variadas, sendo as mais simples aquelas que resultam dos processos nervosos fundamentais: a inibição e a excitação.

Inibição do pensamento A inibição do pensamento é um sintoma que se manifesta geralmente unido à lentidão de todos os processos psíquicos. Caracteriza-se pela *diminuição do número de representações evocáveis na unidade de tempo e pela lentidão do curso do pensamento.*

Nos enfermos em que existe inibição do pensamento, observa-se também grande dificuldade na percepção dos estímulos sensoriais, limitação do número de representações e lentidão no processo e evocação das lembranças. "O quadro mais avançado da inibição psíquica coincide com o estupor e passa por ser uma forma do mesmo. Os enfermos inibidos mantêm-se sentados ou deitados na mesma posição, não falam espontaneamente nem respondem às nossas perguntas ou o fazem lentamente ou com grande dificuldade" (Bumke). A perturbação não é apenas quantitativa, mas também qualitativa, pois a alteração atinge a essência do pensamento, isto é, a possibilidade de ser orientado para determinado objetivo e o estabelecimento de ligações entre as representações e os conceitos. Acompanha-se, geralmente, de um sentimento subjetivo de incapacidade.

Nesta observação de Jaspers, a *inibição do pensamento* se manifesta de forma moderada. "*Os meus sentimentos estavam sempre mudando. Os dias alegres para mim eram aqueles em que me interessava por tudo, fazendo alguma coisa conscientemente, individualmente estimulada, julgando as coisas, as pessoas e minha própria pessoa, embora com certa tensão. Nesses momentos procurava toda a companhia possível, empreendia muitas coisas, porque tudo me dava prazer. A transição de um estado de ânimo para outro não era tão repentina, pelo contrário, ia progredindo cada vez um pouco, com o correr dos dias. No outro estado, tinha o sentimento da ausência de* interesse *de* obtusidade, de imprecisão *a respeito das coisas sobre as quais tinha de formar a minha própria opinião. Então esforçava-me muito para esconder minhas falhas e, em certos casos, lembrava-me de como teria agido nos dias bons. O que mais se altera é minha escrita e, também, o meu modo de andar. Nos últimos tempos, acrescentou-se uma* indiferença *completa e o fracasso de minha receptividade. Teatros, concertos não impressionam mais minha sensibilidade. Não posso contar nada a respeito deles. Quando converso, perco o fio, quer dizer, um pensamento não se une mais ao outro. Tornei-me insensível a brincadeiras e piadas que surgem na conversa, porque já não as entendo.*"

Outro enfermo queixou-se: "*Perdi de todo a memória, já não sou capaz de acompanhar uma conversa. Sinto-me como que paralisado, não entendo mais nada, estou completamente abobado. Não consigo dizer, de modo algum, qual é o conteúdo do que leio e do que ouço. Já não tenho vontade, não me resta um resquício de energia, nem de força para agir. Não consigo me decidir por coisa alguma. Fazer um movimento, apenas isso, custa-me grande resolução.*"

Os enfermos com *inibição do pensamento* revelam dificuldade na compreensão, dificilmente iniciam uma conversação, demoram a proferir as palavras, pensam com grande esforço e, quando lhes dirigimos perguntas, custam a responder, porque nada surge em suas mentes perturbadas.

Fuga de idéias A fuga de idéias é uma perturbação da expressão do pensamento, caracterizada essencialmente por uma variação incessante do tema e uma incapacidade absoluta de levar o raciocínio a uma conclusão. Acompanha-se de uma tendência irresistível a falar, que, nos casos mais pronunciados, atinge a logorréia, verdadeira torrente de palavras relacionadas por assonância e sem sentido lógico.

De acordo com Honório Delgado, a fuga de idéias tem estas características: "1) a desordem e a falta aparente de finalidade completiva das operações intelectuais: mesmo quando há certa relação entre os conceitos próximos, o conjunto carece de sentido, de unidade significativa; 2) o predomínio do mecanismo da associação de idéias — que se revela claramente pela assonância das palavras — com abundância de conceitos disparatados; 3) a facilidade com que se desvia o curso do pensamento sob a influência dos estímulos exteriores (distraibilidade); 4) a freqüente aceleração do ritmo da expressão verbal."

Ao procurar uma explicação causal para o fenômeno, Bumke admitiu que a desordem era devida a um transtorno da atenção, que se acompanha de certo grau de excitação interna e, algumas vezes, também externa. O enfermo com fuga de idéias mostra-se incapaz de concentrar a atenção em um só objeto, dispersando-se em uma multiplicidade de estímulos sensoriais, sem aprofundar nada, chegando muitas vezes a confundir pessoas. Diz Bumke que no campo visual do enfermo "aparecem múltiplas representações simultâneas ou sucessivas, sem que nenhuma delas seja afastada ou retida por um tempo prolongado. Algumas delas deslizam tão rapidamente que não chegam a adquirir forma definida. Em tais condições, se a linguagem, apesar de sua rapidez, não pode seguir a veloz sucessão das idéias e representações, é natural que, com suas incessantes intercalações, produza a impressão de que é o resultado de uma *confusão* ideofugitiva".

Na concepção de Bumke, a fuga de idéias seria um transtorno propriamente da vigilância, o que poderia estar na dependência de hiperativação do sistema reticular ativador ascendente em um grau que se acha nos limites da fadiga neuronal do referido sistema. A excitação cortical, devido à estimulação enérgica do sistema reticular, determinaria o enfraquecimento dos mecanismos psíquicos inibitórios.

Este ponto de vista está muito próximo da concepção de Jaspers, para quem a causalidade seria de natureza extraconsciente, embora ignorada. Escreveu a respeito: "Tem-se inquirido a causa da fuga de idéias, mas até o momento não se encontrou resposta satisfatória. A fuga de idéias não resulta de aceleração do curso do pensamento, nem é conseqüência de compulsão a falar; não se pode compreendê-la pela simples rapidez com que os princípios associativos mudam (por exemplo, a associação sonora), nem pela predominância de tipos inferiores de associação (quando falham os tipos conceptuais de associação). A causa está em processos de natureza ignorada, fora da consciência; o todo produtivo da fuga de idéias só se pode descrever, de forma interpretativa, considerando os dois lados do curso do pensamento, do evento associativo e das tendências determinantes."

Vejamos este exemplo citado por Bumke: "*Boa tarde! Sim, boa tarde, se a vida é tão doce como mel. Gosta também de açúcar? — fábrica de açúcar — a cana e a corda — não quer enforcar-se? Você, assassino — pai do assassino — o colarinho — o colarinho da camisa — branca como a neve é a inocência — ah, a ingênua inocência! — moela — pata, pata de cachorro, pata de gato — língua de gato — que tem o gosto de chocolate de hospício — onde estão os loucos.*"

Uma paciente de Jaspers, ao responder à pergunta se mudara de residência no último ano, disse: "*Sim, pois era muda e estúpida, mas não surda, conheço a Ida Daube, que está morta, provavelmente morreu de inflamação do ceco; não sei se era cega; o cego Hesse, o grão-duque de Hesse, a irmã Luísa, o grão-duque de Baden, o marido morreu no dia 28 de setembro de 1907, quando voltei, é vermelho-dourada-vermelho.*"

Ao comentar este exemplo, diz Jaspers que esses enfermos interrompem, a todo instante, sem motivo aparente, o curso do pensamento, começando a dizer uma coisa e, logo em seguida, outra, não conseguindo fixar-se em um único objetivo. No entanto, mostram-se ocupados com uma quantidade enorme de idéias. Os pacientes não se prendem a nenhuma idéia, estão a todo instante passando para coisas acessórias, perdem o fio e não conseguem recuperá-lo novamente. Nada terminam do que iniciaram; saltam, falta-lhes o fôlego mental, sempre impulsionados por estímulos externos.

Os exemplos citados mostram a existência de uma ligação compreensível entre um e outro termo e esse elemento é essencial para a distinção entre fuga de idéias e pensamento vago.

Pensamento vago Kurt Schneider mostra como tem sido difícil estabelecer de modo claro as diferentes alterações do pensar, advertindo sobre a impossibilidade de se distinguir aquilo que corresponde ao curso do pensamento, ao ato de pensar, ao conteúdo e ao rendimento do pensamento. Uma das alterações mais difíceis de ser descrita e conceituada é a que recebe a denominação de pensamento vago. Procurei penetrar na intimidade do sintoma tomando como ponto de partida o transtorno da ideação, admitindo que a alteração central consiste na perda das relações conceptuais. Como é sabido, na mente normal, os conceitos formam verdadeiros sistemas de relações, passando a ter significação definida apenas no conjunto de que participam. São esses sistemas de relações conceptuais que se apresentam perturbados, dando como resultado a alteração característica do pensamento esquizofrênico, que tem recebido várias denominações: "pensamento desagregado" (Bleuler), "pensamento dissociado" (Ziehen) e "pensamento saltígrado" (Carl Schneider). A designação correta seria, do ponto de vista gramatical, "pensamento anfibológico", que significa: pensamento ambíguo, equívoco, obscuro.

Kronfeld e Carl Schneider procuraram fixar novas diretrizes na investigação desse tipo de pensamento, tomando como ponto de partida alguns princípios da fenomenologia de Husserl. O ponto de vista de Kronfeld se centraliza na análise do ato intencional e, desse modo, procurou demonstrar a significação das variações do "ato de objetivação". Em sua opinião, "no ato intencional está contida uma atividade do eu, e sua produção exige a reunião simultânea e a emissão ininterrupta de uma constelação de fatores e de uma infinidade de mecanismos diversos, centralizados e comandados por um núcleo de ativação espontânea". Para Kronfeld, "o centro psíquico de inspiração automática do ato é indispensável à sua execução, e do seu enfraquecimento, debilitação ou ausência resultaria então a perda da espontaneidade, com a impressão de que o ato já não é mais dirigido pelo eu até a sua consumação final". A "transformação do sentimento de atividade consciente" altera o "ato espontâneo" e determina o aparecimento de uma espécie de "ataxia intrapsíquica", no sentido de Stransky.

Por seu lado, Carl Schneider tomou como ponto de partida a noção de estrutura da intencionalidade como correlação noético-noemática, que corresponde à função identificadora e objetivante da consciência. Schneider insiste na necessidade de se estabelecer, na unidade da corrente de vivências, a distinção rigorosa entre o conteúdo e a execução, isto é, o modo de dar-se, de transcorrer na consciência. "A consciência vígil e normal implica um modo típico de execução: cada vivência surge delimitada em seus contornos pelo que se denomina cesura (*Zaesur*), e ainda por estar ordenada em um encadeamento incessante de acontecimentos correlatos — a sucessão ininterrupta de estados-de-espírito, que constituem a corrente de vivências." Schneider denomina a maneira como as vivências se articulam e se combinam de "arranjos-de-relação". "O arranjo-de-relação consiste no estabelecimento de coligações *a priori*, ora no sentido da objetividade (relação entre uma coisa e outra, entre um conteúdo e outro, entre objeto e objeto), ora com referência a um *eu* (relação de alguma coisa com um eu, na forma como lhe é dada). Quando o arranjo-de-relação se faz no sentido da objetividade, isto é, quando se dirige para fatos e coisas da realidade exterior, isso leva então à formação dos chamados *estados de coisas ou estados de fatos.*" ... "Quando o arranjo-de-relação se faz com referência ao eu, realiza uma forma de coligação que se define como *modo da coisa dada*, em que cabem todas as atividades da consciência mesma, combináveis em um número infinito de relações possíveis. É evidente que o arranjo-de-relação constitui o próprio arcabouço da *execução psíquica*. Não é, porém, vivenciado como tal porque se fundamenta em relações estabelecidas *a priori*. Vivenciado então, será apenas o *modelo-de-disposição*, que dá unidade à execução psíquica total. Por isso, esta é vivenciada como *modo-de-disposição* das vivências, modo que representa o elemento vivencial do arranjo-de-relação. Esse *modo-de-disposição* independe, porém, dos conteúdos das vivências e das conexões de sentido existentes nos arranjos-de-relação, concretizando assim o aspecto formal mais estrito da vida psíquica consciente. Tal forma varia, é suscetível de alterar-se em condições determinadas e com ela se modifica necessariamente o modo típico de *execução* da consciência. Com essa *mudança de execução*, perturba-se

conseqüentemente a atividade psíquica total, em suas diferentes esferas de expressão." O pensamento vago, na opinião do autor citado, resulta de uma alteração básica de execução psíquica.

Carl Schneider considera que nos casos de enfermos inteligentes e capazes de uma correta auto-observação, a vacuidade do pensamento determina transtornos emocionais e produz a retração do paciente no meio ambiente. O caso clínico citado como exemplo revela esta alteração, acompanhada das dificuldades que a disfunção básica da execução psíquica determina na expressão do pensamento:

"Compreendo ainda o sentido da palavra que acabo de ouvir, porém a sua conexão em vão a procuro em minha memória. Os pensamentos se atropelam, não estão ordenados com clareza, cruzam em minha cabeça como relâmpagos e, em seguida, vem outro. Tenho a sensação de um extremo aturdimento. Se penso, por exemplo, que são três horas da madrugada, antes que termine o pensamento surge outra idéia. Já não tenho em minhas mãos o curso do meu pensamento. As idéias muitas vezes não são claras, são idéias que não se tem de modo claro, que aparecem de algum modo, porém não sabemos se realmente existem. Junto às idéias principais transcorrem sempre idéias secundárias; embrulham o pensamento, não se chega a nenhum fim no pensar, cada vez é maior a confusão, tudo anda de um lado para outro. Penso em algo afilado e ao mesmo tempo penso em algo que o acompanha; sei muito bem que o acompanha, porém não o vejo senão muito longe. Não posso falar com ninguém sem que me sobrevenham outras frases. O pensamento está mudado, é outro, uma precipitação, uma sensação como se já não me pertencessem as idéias. O que leio se desvanece por completo, quando chego às linhas de baixo não posso dizer o que há nas de cima. Na maioria das vezes tenho outros pensamentos pouco claros. Tenho a sensação do empobrecimento do pensamento, tudo o que penso e vejo me parece incolor, vago, um pouco incompleto. Minha lembrança da Universidade ficou reduzida ao armário onde colocava o abrigo. Se com a melhor boa vontade quero recordar algo, perco o controle das coisas mais simples. E me pus a estudar algo — foi a termologia — mas em vão."

Transcrevo em seguida a composição de um paciente que demonstrava relativa conservação da personalidade:

"Não tenho palavras para agradecer este gesto de singular importância que vem representar os verdadeiros anseios das classes, cujo passado conduz e reforça propugnar por uma causa justa de suas reivindicações, na verdade o tempo sempre foi a maior Escola da Humanidade em toda a sua História. A justiça nasceu por certo do equilíbrio das forças, em cujo tempo continua e continuará sempre cedendo espaço para que todos os bem intencionados se locupletem a famigerada busca de irreverentes lutadores das causas ganhas. O esforço com que cada um se empenha é realmente construtivo e exemplar. A luta por uma causa justa não é impor grilhões a ferro e fogo, é um dever que só pode ser obtido pela representação inconteste dos trabalhadores pela liberdade. Liberdade no bom sentido é o emprego da Educação certa e adequada a cada povo na medida em que este próprio povo exige dados aos seus costumes, hábitos e necessidades indispensáveis ao equilíbrio sufi-

ciente para desempenhar o seu papel com honra, dignidade e altivez que sobreponham o ódio, a vingança e o despreparo, capazes realmente de conduzir ao caos total de toda a Humanidade. Este é realmente um momento de reflexão para todos os que inspirados de uma forma ou de outra queiram totalizar nos conceitos já extintos e superados de quantos figurões, incapazes de utilizarem a potencialidade de suas culturas, se tornam irreverentes aos sofrimentos dos que lutam com dignidade. É certo que os vícios profanam o sagrado dever de cada cidadão, desavisado não é aquele que consciente e inconsciente deturpa a interpretação dos Obreiros do Bem. *A Bondade tem lugar onde haja compreensão, perfeição e solidariedade, entretanto, não obstante os matizes que se apresentam como forma de segredar a justiça, tomamos como limite o peso que isto representa para os menos avisados, ou seja, suportar irremediavelmente as conseqüências atrozes da imperfeição cujo propósito representa sem dúvida o maior perigo. Estamos conscientes de nossos deveres* obreiros do bem. *A grande responsabilidade da utilização das forças não cabe neste momento, senão para somar pontos que sejam positivamente contados e cotados. As estruturas frágeis não têm suporte e combustíveis que possam atender e corresponder à altura aos propósitos delineados, concluímos portanto e achamos justo que esta pequena parcela do que aqui vai seja considerada como a maneira mais consentânea de poder colaborar com os que, sentindo o meu esforço em colocar o bom humor nas torpezas da vida, acharam por fim a paz de que todos nós dependemos. Sei perfeitamente a importância dos gestos e do comportamento dos que sempre batalharam para sobreviver, não me acho inferiorizado em ser honesto, e sei quanto difícil é obter os meios pelos quais os menos desafortunados o conseguem.''*

A leitura desta produção esquizofrênica nos deixa a impressão de algo impreciso, vago, indefinido. O enfermo não revela empobrecimento do pensamento, nem limitação dos conceitos, ao contrário, este escrito demonstra grande riqueza de conceitos e bom rendimento do pensamento. Mas, o que se verifica, na realidade, é a transformação das relações conceptuais estabelecidas antes da enfermidade. Em conseqüência, o pensamento se torna vago, impreciso, indeterminado.

Interceptação do pensamento Na esquizofrenia, observa-se com freqüência o aparecimento inesperado de interceptação das representações e das idéias. Esta alteração é expressa de modo imediato na linguagem: o doente começa a expor um assunto qualquer e, subitamente, se detém. Às vezes, depois de alguns instantes, volta a completar o pensamento interrompido. Outras vezes, inicia um ciclo de pensamento completamente diverso do anterior. Esse fenômeno é determinado pela inibição, que se processa de modo súbito sob a influência de uma excitação, quer interna ou externa. Nesses casos, até mesmo uma excitação fraca pode conduzir à inibição, pois na esquizofrenia, onde o sintoma se manifesta, existem as condições favoráveis criadas pela debilidade do sistema nervoso central.

Bleuler estudou amplamente a interceptação do pensamento e pretendeu demonstrar que, nesses casos, os enfermos não apresentam anormalidade no aspecto temporal do raciocínio. Perguntas e respostas se sucedem como

em qualquer conversação natural, reduzindo-se a alteração a uma simples parada no curso do pensamento. Algumas vezes o enfermo consegue superar o obstáculo repetindo a frase iniciada ou desviando o pensamento para outro assunto. Em outros casos, porém não consegue vencer as dificuldades durante um período de tempo muito prolongado, ou mesmo a interceptação pode-se estender a toda a atividade psíquica, permanecendo o paciente em silêncio, sem se mover e como em completa ''privação de pensamentos''. Este sintoma não deve ser confundido com a inibição do pensamento, observada com freqüência nos casos de enfermos deprimidos. Do mesmo modo, a interceptação não deve ser considerada como forma de negativismo, porque, neste último caso, os enfermos não falam nem respondem ao interrogatório clínico.

O exemplo seguinte revela claramente o aspecto formal do sintoma: o paciente José Elione, numa fase avançada da enfermidade, apresentava como sintoma principal a interceptação do pensamento, independentemente, é claro, da ausência de iniciativa e do desinteresse pelo mundo exterior. É interessante salientar, neste caso, que as pausas intermediárias aumentavam a duração à medida que se sucediam as interrupções súbitas do raciocínio. *Elione*: ''Eu sonhei com meu pai. Ele dizia: 'Aqui se faz, aqui se paga'. Ele era um homem muito enérgico.'' Parada súbita, com a duração de 45 segundos. ''Hoje pela manhã me veio a lembrança do cara que abalroou o carro do meu irmão. Fiquei triste e tive raiva.'' Parada de um minuto. ''Meu irmão era espírita. Em casa eu me sentia muito bem, me sentia melhor, me lembrando das coisas.'' Parada de três minutos. ''Quando eu estava internado no Instituto de Psiquiatria, da Universidade do Rio de Janeiro, meu irmão foi me visitar. Na ocasião eu previ a sua morte.'' Parada de três minutos e quarenta segundos. À medida que prosseguia a entrevista, as pausas intermediárias aumentavam a duração no tempo.

Compulsão a pensar Bleuler designa com esta expressão o transtorno do pensamento que consiste no enfermo sentir-se forçado a pensar. Essa alteração caracteriza-se, principalmente, pelo fato de surgirem na consciência, ao lado daquilo que é desejado, pensamentos de conteúdo casual, que se manifestam independentemente da vontade do doente. O fenômeno pode ir acompanhado de um sentimento desagradável de coação. Algumas vezes o enfermo tem a impressão de que está com ''pressa de pensar''. Outros se queixam de que são forçados a pensar de forma excessiva, de que ''as idéias se atropelam em sua cabeça''. Outros ainda falam de ''desdobramento de pensamentos'', de ''urgência no pensar'', de ''acumulação de pensamentos'', porque sentem que uma infinidade de pensamentos surgem em sua mente. Diz Bleuler que as informações de que ''pensam demasiadamente'' produzem no examinador a impressão de que eles pensam muito pouco. Em alguns casos, os pacientes referem que ''alguém os está obrigando a pensar desta maneira e se queixam de uma sensação subseqüente de esgotamento''. Diz ainda que o conteúdo desses pensamentos opressivos é essencialmente igual ao de qualquer outro tipo de pensamento esquizofrênico.

Esta observação de Forel foi transcrita por Bleuler como exemplo do seu conceito de "compulsão a pensar":

"Em minha mente se sucedia, como o interminável movimento de um relógio, uma compulsiva, torturante e ininterrupta seqüência de idéias. Naturalmente, não se encontravam perfeitamente definidas nem claramente desenvolvidas. As idéias se uniam numa notável e extravagante série de associações, apesar de manterem certa vinculação inerente de elo para elo. No conjunto havia suficiente coerência ou sistema, de modo que sempre podia distinguir o lado luminoso e o sombrio das coisas, pessoas, ações ou palavras escutadas que despertavam o meu interesse. Que idéias, que imagens não deram voltas em minha mente! Sempre parecia voltar uma e outra vez a certos conceitos, a certas imagens, que agora, no entanto, sinto dificuldade para recordar. Por exemplo: o Direito Divino da França, Barbera, Rohan. Pareciam-me constituir escalões nessa vertiginosa sucessão de pensamentos. E proferia em alta voz, rapidamente, como uma contra-senha, a idéia que o meu infatigável pensamento acabava de alcançar. Usava também este artifício para não perder a ilação e para conservar certo controle sobre o opressivo, enlouquecedor e impetuoso fluxo de pensamentos. Isto era particularmente necessário em certos momentos de minha vida cotidiana, como ao entrar na enfermaria, ou quando se abria a porta, ou quando ia ao refeitório, quando encontrava alguém no salão."

Em alguns enfermos místicos encontramos, com freqüência, queixas de que "se sentem forçados a pensar em blasfêmias", em coisas ultrajantes em relação à divindade, em cenas de libertinagem ou em zombarias a respeito da fé.

É bastante difícil estabelecer uma delimitação precisa entre "compulsão a pensar" e os sintomas que se descrevem sob a denominação de "pensamentos feitos" e "inspirados".

Pensamentos feitos, inspirados e subtraídos

Somente sutilezas fenomenológicas podem contribuir para que se possa estabelecer a distinção entre "compulsão a pensar" e "pensamentos feitos ou fabricados". A primeira perturbação é mais de natureza compulsiva, isto é, obedece a uma coação interna, enquanto a segunda se assemelha a uma imposição que procede do mundo exterior.

Os *pensamentos feitos ou fabricados* são vivenciados como impostos à mente do enfermo. Diz Conrad que muitos pacientes fazem referência ao "posto" ao "fabricado", em relação ao pensamento, porém tudo permanece no campo do difuso, do obscuro, do indeterminado.

O enfermo Swedenborg, famoso cientista sueco, ao adoecer de esquizofrenia, referiu que, em determinado momento, teve uma espécie de intuição: "As palavras que dizia não eram minhas, senão que alguém as colocava em minha boca."

Com referência aos *pensamentos inspirados*, os pacientes dizem que os mesmos lhes foram "sugeridos", que "procedem do alto", foram transmitidos por Deus", daí muitos enfermos estarem imbuídos do cumprimento de uma missão. O paciente citado acima, Swedenborg, desenvolveu a con-

cção de ser um predestinado, escolhido para cumprir uma missão. Em face **de sua** missão de apostolado começou a interpretar as Escrituras à sua ma**neira,** negando a "Trindade" e sustentando que a significação da Bíblia era **completamente** diferente do sentido que a Igreja lhe emprestava, e que so**mente** ele era capaz de revelar o seu verdadeiro significado. Em sua missão **de** apostolado difundia verdades que não foram pensadas por ele e sim transmitidas do alto mediante uma revelação.

O nosso paciente Mauro esclareceu: "Em alguns momentos surgiam pensamentos que eu considerava sugeridos ou inspirados por Deus. Existem pensamentos que são produzidos, mas estes eram sugeridos. Acredito que eram pensamentos feitos pela divindade. É como se Ele fizesse o homem passar por um sofrimento, depois tirasse o sofrimento e depois voltasse de novo ao sofrimento até chegar à situação desejada por Deus."

A referência a *pensamentos subtraídos* é encontrada em alguns enfermos esquizofrênicos. Os pacientes sentem que pessoas estranhas subtraem os seus pensamentos e encontram explicação nas influências telepáticas, na ação hipnótica ou através de máquinas invisíveis com as quais as suas idéias são captadas no exato momento de serem pensadas.

Pensamento derreísta

Bleuler não incluiu o autismo entre as perturbações das funções psíquicas elementares da esquizofrenia, porém deixou explícito que o pensar, nesses casos, se encontra profundamente alterado. O voltar-se para o mundo interno contribui para que o pensamento se manifeste sob a forma de devaneio, quando a pessoa pode deixar em liberdade as suas fantasias. Em tais circunstâncias, o pensar não obedece às leis da lógica e, nos casos mais acentuados, tudo transcorre como se o indivíduo estivesse submerso num verdadeiro estado de onirismo.

Nos casos francamente patológicos, o ato intencional do pensar não se ajusta à realidade. Predominam, então, as tendências individuais, os desejos e os temores.

Para Bleuler, "...o pensamento derreísta obedece às suas próprias leis. Sem dúvida, utiliza as relações lógicas habituais na medida em que se tornam convenientes, porém não se acha ligado de nenhuma maneira a essas leis lógicas. O pensamento derreísta está dirigido pelas necessidades afetivas; o paciente pensa mediante símbolos, analogias, conceitos fragmentários, vinculações acidentais". Admite que se o enfermo tem a possibilidade de retornar à realidade, é capaz de pensar com clareza e lógica.

Por isso, considera necessário fazer a distinção entre o *pensamenso realista e o pensamento derreísta* (*dereistische Denken*), pois eles existem justapostos no mesmo enfermo. No primeiro caso, o paciente se orienta perfeitamente bem no tempo e no espaço. As suas ações são perfeitamente adequadas e se adaptam à realidade, a tal ponto que nos parecem normais. "O pensamento derreísta é a fonte das idéias delirantes, das cruas infrações da lógica, de auto-satisfação e de todos os sintomas patológicos." Admite que as duas formas de pensamento se encontram separadas, o que faz com que o paciente possa pensar às vezes de uma maneira derreísta, e outras, de forma

normal. Na maioria dos casos, porém, as duas formas de pensamento se encontram mescladas, chegando à completa fusão.

Diz Bleuler que, ao adquirir pleno desenvolvimento, o pensamento derreíta é inteiramente diferente do pensamento baseado na experiência. No entanto, admite que "...existe toda a espécie de transições, desde o simples afastamento das formas de pensamento aprendidas, tal como são necessárias para alcançar qualquer conclusão analógica, até a fantasia mais desenfreada". Salienta que os *conteúdos e metas do pensamento derreísta são sempre, naturalmente, o que nos convém no momento mais íntimo. Por isso, é compreensível que se valorizem mais do que as vantagens reais, as quais podem ser substituídas.*

O pensamento derreísta facilita ao enfermo a realização de desejos: "converte o paciente com delírio de grandezas em dono do mundo; ou suprime no paciente, durante o delírio de perseguição, toda censura e lhe possibilita ver a culpa nos demais e não em suas próprias faltas".

O significado do pensamento derreísta não se resume em simples realizações de desejos. Consiste numa atividade incessante, desde que a pessoa se encontre em estado vígil, atividade que é considerada como devaneio nas pessoas normais e derreísta nos casos patológicos, caracterizando-se pelo completo desligamento do mundo externo. No entanto, a vida no meio social exige uma permanente adaptação afetiva, acompanhada da tomada de posições, de decisões e de uma vontade forte para agir. Estas qualidades são inteiramente desnecessárias no mundo autístico, razão pela qual o pensamento derreísta assume as suas próprias leis.

Bleuler completa a sua exposição afirmando que "os desejos e os temores constituem o conteúdo do pensamento derreísta. Nos casos em que não são percebidas as contradições com a realidade, estão incluídos somente os desejos; os temores aparecem quando o paciente toma conhecimento dos obstáculos que se opõem aos seus desejos". O pensamento derreísta se manifesta, também, através da incapacidade que os enfermos revelam para enfrentar a realidade, em suas reações inadequadas ante as influências externas.

Concretismo Trata-se de uma modalidade especial de alteração do pensamento, que consiste na incapacidade do indivíduo para fazer a distinção entre o simbólico e o concreto. Em muitas pessoas, esta manifestação não representa algo de anormal, sendo com freqüência, o resultado de incultura. Em outros, porém, a sua apresentação adquire um caráter nitidamente patológico.

Diz Goldstein que a atitude abstrata é fundamental, entre outras condições, para "recordar simultaneamente vários aspectos de uma situação, reagir diante dos estímulos que não aparecem intrinsecamente unidos". O ato de captar, rapidamente, os vários aspectos de uma situação simbólica requer não somente um elevado nível intelectual, como também um bom nível cultural. Pessoas incultas revelam de imediato dificuldades na compreensão do simbólico. No labor cotidiano ou no exercício de tarefas profissionais não há exigência de uma atitude abstrata, visto que se trata da execução de atos aprendidos de antemão. O comportamento abstrato tem o mesmo significado daquilo que Henri Head chamou de comportamento simbólico em relação à linguagem.

O conceito de *concreto* exprime um objeto particular, determinado. Por isso, o pensamento concreto expressa intuições e conceitos concretos, uma referência imediata ao sensorialmente percebido. O pensamento concreto se opõe à abstração, razão pela qual atribui-se ao pensamento primitivo o fato de ser concreto e sempre referido ao sensível. Segundo C. G. Jung, "ao pensamento primitivo falta independência estando sempre associado ao fenômeno material. Tudo mais ascende ao plano da analogia". Admite, em conseqüência, que o concretismo é um *arcaísmo*, no sentido de resquícios ou *resíduos*, que aparecem como traços psicológicos próprios da mentalidade primitiva. "O primitivo não conhece experimentalmente o pensamento da divindade como conteúdo subjetivo, pois para ele traduz-se na árvore sagrada que é o domicílio de Deus." Para Jung, o concretismo é um conceito que se inclui no conceito mais geral de *participation mystique*, que representa a fusão do indivíduo com o objeto exterior, uma fusão do pensamento com a percepção. O concretismo implica em que o objeto do pensar seja sempre, ao mesmo tempo, objeto da percepção. Por esta razão, o pensamento se encontra enclausurado na esfera da percepção, isto é, referido ao sensorial, de maneira que o mesmo não chega a ascender ao plano do pensamento abstrato, uma vez que está a reboque da percepção. "Ocorre, pois, uma hegemonia do fator perceptivo na orientação psicológica." Esclarece Jung que a desvantagem do concretismo reside em sua vinculação à função perceptiva. "Como a percepção depende de estímulos fisiológicos, o concretismo mantém a função no âmbito do sensorial ou devolve-a sempre a este. Decorre assim uma vinculação sensível das funções psicológicas que, favorecendo os fatos sensorialmente dados, constitui um obstáculo à autonomia do indivíduo." Isto contribui, evidentemente, para perturbar a *interpretação* dos fatos e suas relações com o indivíduo. Desse modo, o concretismo determina o predomínio da significação dos fatos e, assim, a repressão da individualidade e de sua liberdade, em favor do processo subjetivo. Em virtude dos atos intencionais não serem apenas determinados pelos fatos fisiológicos, o concretismo realiza uma projeção dos fatores íntimos no fato exterior, ocasionando a supervalorização supersticiosa do fato simples, sendo isso o que acontece, precisamente, na mente dos primitivos (Jung).

A expressão *participation mystique* foi empregada por Lévy-Bruhl para caracterizar um modo peculiar de vinculacão psíquica ao objeto. Consiste no fato do indivíduo não poder diferenciar-se nitidamente do objeto, vinculando-se a ele em virtude de uma relação direta que pode ser denominada de identidade parcial. Essa identificação baseia-se numa unidade *a priori* do objeto e do sujeito. Não abrange a totalidade das relações entre sujeito e objeto, mas manifesta-se em determinados casos nos quais se verifica o fenômeno dessa curiosa relação. É observada em sua pureza original na mentalidade primitiva.

É fácil verificar que os indivíduos que apresentam a alteração do pensamento denominada *concretismo* revelam certa dificuldade na compreensão dos conceitos abstratos, dos significados e das categorias que não se refiram a situações concretas. Goldstein cita alguns exemplos clínicos de en-

fermos que apresentavam déficit da atitude abstrata: "O paciente pode acompanhar e tomar parte numa conversação que se refira a um tema a respeito de sua família ou a uma situação imediata, porém, se a conversação passa a outro assunto, já não pode acompanhá-la e se revela inteiramente perdido". Nesses casos, a compreensão também está alterada.

Considero que o termo *concretismo* serve para designar a incapacidade de compreender o simbólico, ou de transformar o simbólico em concreto.

A linguagem emocional pertence ao comportamento concreto. Nos exemplos que serão citados, verifica-se que os indivíduos, ao revelar incapacidade para compreender o simbolismo de uma cena ou de trechos da Bíblia lidos do púlpito, comportaram-se de maneira tipicamente emocional. Diz Goldstein que a linguagem emocional tem estas características: depois de iniciada, continua como um conjunto; se for interrompida, simplesmente não pode continuar. Esse tipo de linguagem se encontra estreitamente ligado à personalidade global.

A característica principal do *concretismo* é a incapacidade de compreender o significado das relações entre diversas partes de uma estrutura abstrata. Os indivíduos portadores dessa anomalia reagem de maneira concreta apenas diante de uma experiência sensorial imediata.

Exemplos

1) Em Congonhas do Campo, numa das capelinhas que representam, simbolicamente, a Via Sacra, o caminho percorrido por Jesus Cristo ao peso da cruz, um indivíduo, não identificado, decepou a mão de uma estátua com um tiro de revólver, simplesmente porque a mesma representava o papel alegórico de algoz, que segurava um chicote para fustigar o nazareno.

Isto é o que se pode chamar de *concretismo*, pois o autor da façanha revelou a sua incapacidade para distinguir o simbólico do concreto. É evidente que o indivíduo não compreende a essência da cena ou o simbolismo da representação teatralizada.

2) Então, que a Igreja Católica santificou com o cognome de Santo Antão, era um jovem egípcio que, na adolescência, herdara uma fortuna considerável com a morte dos pais. Nesta fase da vida ele adotou a doutrina de Cristo como algo que não podia sofrer contestação. Aos 20 anos, revelava-se um jovem extremamente místico e, certa vez, ao ouvir na igreja lições tiradas da Bíblia, tomou-as como se fossem ordens emanadas do pai falecido. Ao ouvir este trecho do Evangelho segundo São Mateus: "Se queres ser perfeito, vai vender tudo o que tens e dá-lo aos pobres, e terás um tesouro nos céus, depois vem seguir-me", Antão tomou ao pé da letra as palavras do Evangelho: saiu da igreja e começou a vender os seus bens. Vendeu tudo o que havia herdado dos pais e distribuiu o dinheiro aos pobres da aldeia.

Trata-se neste caso de uma verdadeira manifestação de *concretismo*: o simbólico e o abstrato são entendidos como real e concreto.

3) "Indignaram-se (os habitantes de Macondo) com as imagens vivas que o próspero comerciante... projetava no teatro de bilheterias que imitavam bocas de leão, porque um personagem morto e enterrado no filme, e por cuja desgraça haviam derramado lágrimas de tristeza, reapareceu vivo e transformado em árabe no filme seguinte. O público, que pagava dois centavos para partilhar das vicissitudes dos personagens, não pôde suportar aquele logro e quebrou as poltronas" (Gabriel García Márquez).

Os escritores têm o dom de captar com maior acuidade e sutileza fenômenos psicológicos originais, que escapam muitas vezes à observação dos cientistas.

Reificação A reificação (de *res, rei* = coisa + ficar + ção) é um sintoma ligado à manifestação precedente. Consiste na ação ou efeito de converter algo em coisa, ou de conceber algo por analogia com a natureza e estrutura das *coisas*. É, em muitos casos, concebido no mesmo sentido de "coisificação". Denomina-se também "reificação" a tendência a encarar os seres humanos como "coisas" o que leva a supor que se procede a uma desumanização e reificação do humano.

No plano normal, observa-se que na psicoterapia psicanalítica os pacientes são transformados em objetos ou "coisas" estabelecendo-se entre analisado e terapeuta "relações objetais".

M. Balint observou que a psicanálise estava se distanciando cada vez mais da técnica fundada na comunicação, nas relações de pessoa a pessoa, para transformar-se em "relações objetais", em que o paciente é transformado numa "coisa" manipulada pelo analista. Rickman empregou a expressão *one-body psychology*, para caracterizar esse tipo de relação. A esse respeito, diz J. Laplanche: "É sabido que uma pessoa, na medida em que é visada pelas pulsões, é qualificada de objeto: isso nada tem de pejorativo (?), nada em especial que implique que a qualidade de sujeito seja por esse fato recusada à pessoa em causa."

No plano patológico, a reificação é observada como manifestação da esquizofrenia. Em alguns enfermos, os conceitos abstratos e os simbólicos são empregados como se fossem questões concretas de significação privada e pessoal.

Honório Delgado cita este exemplo de reificação:

"Para um esquizofrênico, tomar o leite representava, em certas ocasiões, violar o amor que havia dedicado a uma jovem chamada Branca; a carne era a idéia de um seu conterrâneo; comer o pão francês significava uma ofensa ao idioma francês, comer queijo (queso) *correspondia à destruição do sr. Quesada; temia falar sobre a causa que identificava o ar que respirava com a energia para a ação, a qual não desejava gastar em vão."*

Em tais enfermos é possível verificar aquilo que se denomina reificação do tempo, que consiste em vivê-lo como entidade concreta, ou referi-lo aos fatos exteriores.

A reificação do tempo é assim exemplificada por Honório Delgado:

"Que hora é? — 'Falta pouco para o almoço.' A que hora costuma levantar-se? — 'A hora que toca a sineta do Pavilhão.' A que hora toma o seu café? — 'Depois de ter arrumado as camas na enfermaria.' A que hora almoça? — 'Depois que ajudo na limpeza.' A que hora vai dormir? — 'Depois de tomar o comprimido.' A que hora lhe dão o comprimido? — 'Isso é dado pelo enfermeiro.' A que hora o dá o enfermeiro ? — 'À hora de comprimido'."

Eugène Minkoski admite que a reificação esquizofrênica tem uma relação plausível com a perda de contato com a realidade. J. Gabel tentou encontrar esta correlação em um trabalho intitulado *La réification — Essai d'une psychopathologie de la pensée dialectique.*

Em pacientes com perturbações afásicas, Kurt Goldstein verificou uma espécie de "reificação das entidades abstratas", que adquirem um caráter estritamente pessoal. Não se trata, segundo o autor citado, de "um déficit da atitude abstrata, senão da invasão do abstrato pelo concreto". Alonso-Fernandez admite que o concretismo reificante é um produto próprio da instalação autística no mundo, que, dada a sua desvinculação da realidade, equivale a um não estar-em-o-mundo".

A temporalidade perde, na reificação, o seu caráter qualitativo, cambiante, fluido, transformando-se em um contínuo rígido, bem delimitado, cheio de "coisas", quantitativamente mensuráveis. A temporalidade do mundo reificado se transforma então em uma verdadeira temporalidade esquizofrênica. Disso resulta a incompreensibilidade da consciência reificante.

Idéias prevalentes O conceito foi criado por Wernicke, mas a definição ninguém sabe a quem pertence.

Considera-se como *idéias prevalentes um conjunto de idéias que, em virtude de sua tonalidade afetiva, adquirem predominância sobre todos os demais pensamentos e se conservam por longo tempo ou indefinidamente*. Nem todas as idéias prevalentes podem ser consideradas como patológicas. Em muitos indivíduos e em determinadas épocas encontramos o predomínio de um grupo limitado de idéias, em defesa das quais os seus defensores colocam em jogo a própria vida. Em torno dessas idéias, existe um conjunto de recordações, convicções, temores que os mantêm estáveis e adquirem grande força de convicção na formação do proselitismo. "A educação, a tradição familiar, as concepções das idéias básicas em matéria política, religiosa e social determinam um círculo de crenças e idéias predeterminadas, com base nas quais são julgados os diversos acontecimentos isolados que na vida se apresentam (em relação a esses campos) e que dificilmente podem ser modificados" (Bumke). Apesar disso, alguns juízos isolados, predileções e caprichos, assim como certas inclinações e antipatias, muitas vezes incompreensíveis, se devem à ação indireta de tais idéias prevalentes.

Em relação ao seu conteúdo, dificilmente se pode estabelecer uma nítida diferenciação entre as idéias prevalentes e as idéias originais de certos indivíduos.

Bumke admite que as idéias prevalentes podem exercer uma poderosa ação sobre a vida mental, mas esse caráter não contribui para diferençá-las quando se manifestam nos indivíduos mentalmente sãos e nos enfermos psíquicos. Para caracterizá-las como patológicas é indispensável examinar o seu conteúdo, a intensidade da tonalidade afetiva, a personalidade de quem as defende, e principalmente, a oportunidade de sua apresentação.

Entre os exemplos característicos de indivíduos portadores de idéias prevalentes, consideradas nos limites da normalidade, se incluem os artistas, intelectuais especializados em determinado assunto, inventores, colecionadores, pesquisadores, comerciantes sedentos de fortuna e aqueles indivíduos que, em determinadas épocas, saem em busca de minas de ouro e diamantes. Podem não descobrir as minas ambicionadas, mas o fracasso em suas tentativas não os desanima nem diminui a força de sua idéia prevalente.

As idéias prevalentes têm, como as idéias obsessivas, a característica de surgir e se impor à consciência do paciente. Também nesses casos o enfermo experimenta o sentimento de ser dominado subjetivamente, de ter perdido a liberdade espiritual.

Da mesma maneira como as pessoas sãs procuram livrar-se de suas preocupações, assim também os enfermos desejam que os seus pecados, os castigos de que se julgam merecedores desapareçam. As idéias prevalentes dominam a consciência por motivos compreensíveis e a sua única anormalidade consiste na tonalidade afetiva e na debilidade volitiva ou na perturbação da capacidade de julgamento que impede a elas de serem corrigidas ou abandonadas.

Os pacientes que se encontram identificados com as suas idéias prevalentes colocam, voluntariamente, todo o poder de sua mente a serviço das mesmas. Em alguns casos, ocorreu uma ofensa real ou surgiu a convicção de algum direito, fundada em determinado princípio, algumas vezes correto, por isso o paciente tenta por todos os meios obter uma reparação. Diz Lange a esse propósito: "Repelido reiteradamente por autoridades, fiscais, juízes, tribunais, ministérios, chega por último ao erro incorrigível de que os juízes e os próprios advogados estão subornados, que os testemunhos foram falsos e que o oprimem porque não querem correr o perigo de que chegue ao conhecimento público o *lodaçal da justiça*". O trabalho mental desfigurou os pensamentos do paciente, porém não os transformou em idéias delirantes.

O paciente portador de idéias prevalentes se encontra impossibilitado para se subtrair à sua influência e revela uma tendência a associá-las a novas vivências. De modo geral, a idéia prevalente reflete os traços dominantes da personalidade do indivíduo, daí a razão pela qual ele se identifica de modo completo com o seu conteúdo: *não se trata de uma idéia estranha ao eu.*

De modo geral, as idéias prevalentes exercem uma influência nefasta sobre o pensamento, orientando-o de maneira inflexível em determinada direção. Essas idéias podem ser consideradas patológicas quando estão em oposição ao meio ambiente. A idéia prevalente só adquire caráter patológico quando impulsiona a conduta do indivíduo por caminhos contrários à lógica e à razão. A essas idéias faltam os traços característicos das idéias delirantes: a *certeza subjetiva*, a *ininfluenciabilidade*, a *impossibilidade de conteúdo* e *ser estranha ao eu.*

Exemplo — *"O. L., com 42 anos de idade, advogado. Trata-se de um paciente inteligente, que domina vários idiomas, possui ampla cultura geral e profundo conhecimento de Direito. Na primeira entrevista causou estranheza a sua exagerada cortesia e amabilidade. Os traços fisionômicos revelam tensão e o seu olhar é evidentemente inquisitorial. Cada palavra que pronuncia é fortemente acentuada e deixa a impressão de ter sido previamente pesada e medida. Ocupa-se de maneira persistente de trabalhos científicos no campo do Direito e parece querer com isso distrair o seu pensamento, afastan-*

do de sua mente por algumas horas as suas idéias prevalentes, bastante incômodas.

"Até a idade de 26 anos trabalhou no escritório de um célebre advogado de sua cidade natal. Quando o referido advogado se dedicou à política, a sua clientela diminuiu de maneira considerável e, por isso, o paciente foi dispensado. Este fato contribuiu para que ele organizasse o seu próprio escritório. Para isso começou a entrar em contato — de maneira digna e delicada — com a clientela que havia abandonado o escritório do seu chefe. Apesar do extremo cuidado com que conduziu esses contatos, o filho do citado advogado propalou na cidade que ele havia "roubado" os clientes do seu pai. Ao tomar conhecimento deste fato sentiu-se fortemente ofendido em sua dignidade e, com o objetivo de esclarecer a ocorrência, solicitou, espontaneamente, a formação de um tribunal de honra para julgar a sua conduta. Isto durou mais de dois anos e contribuiu para ocasionar-lhe constantes aborrecimentos. Por fim o tribunal chegou à conclusão de que o paciente tinha procedido de maneira correta e que nada havia de repreensível em seu comportamento. Apesar disso, ele não se considerou satisfeito e sentia-se molestado quando alguém mencionava o referido julgamento. Com efeito, uma das testemunhas tinha declarado que o paciente lhe escrevera uma carta, no curso do processo, oferecendo os seus serviços. Não era verdade. As coisas ficaram completamente esclarecidas quando um amigo da testemunha relembrou-lhe que havia sido ele que escrevera a carta recomendando os serviços profissionais do paciente. A própria pessoa voltou à sala do tribunal para esclarecer o seu equívoco. Apesar disso, o paciente admite que não está livre de suspeitas, pois o tribunal de honra não fez referência a este detalhe ao proferir a sua sentença. Acossado por estas idéias que o dominam de modo completo, admite que no julgamento ou no sentido geral da sentença não ficou perfeitamente esclarecida a sua inculpabilidade e inocência. Por isso, sente-se o paciente inteiramente dominado por essa concepção mórbida que domina a sua mente no decurso de mais de dez anos" (Bumke).

Pensamento obsessivo K. Westphal foi quem primeiro estudou o pensamento obsessivo, deixando-nos uma descrição completa e ainda atual. Segundo Westphal, o pensamento obsessivo se constitui de "representações que, sem que a sua tonalidade afetiva o explique, aparecem na consciência com o sentimento subjetivo de sua obrigatória persistência, não podem ser afastadas dela pelos esforços voluntários de quem as padece e, conseqüentemente, dificultam e entorpecem o curso ordinário das representações, ainda que o indivíduo se dê conta de sua falta de fundamento e, também, reconheça, na maioria dos casos, a falsidade de seu conteúdo e o caráter francamente patológico do fenômeno".

Bumke conceituou o pensamento obsessivo como "representações dominantes, cuja inamovibilidade não pode ser suficientemente explicada pela ação de causas patológicas, que normalmente determinam a persistência das representações na consciência (estado de ânimo, tonalidade afetiva das mesmas, incapacidade de chegar a uma conclusão), cujo conteúdo o próprio enfermo chega a julgar como logicamente falso quando o examina em condições de tranqüilidade".

O essencial do sintoma consiste no fato de o pensamento obsessivo se impor à consciência do enfermo, do qual não se pode livrar pelo esforço da vontade. A impossibilidade de reprimir o pensamento obsessivo não pode ser explicada pelos motivos ordinários. Störring admite que, nesse caso, há perda da liberdade espiritual, uma impossibilidade de afastar os pensamentos "próprios" indesejáveis, que se impõem de modo poderoso à consciência do paciente.

Os tipos de pensamento obsessivo podem ser multiplicados ao infinito, porém entre os temas principais se destacam: pensar em sacrilégios, arquitetar crimes, pensar em si mesmo de maneira depreciativa, pensar que se encontra atacado de graves enfermidades.

O pensamento obsessivo se acompanha de certo grau de tensão, que pode "cristalizar" num estado de dúvida permanente. O estado afetivo permanente do enfermo é de apreensão e ansiedade.

O pensamento obsessivo se manifesta quase exclusivamente em neuróticos, constituindo o sintoma básico no quadro obsessivo. Pensamentos obsessivos discretos podem ser observados em casos de histeria e em determinadas psicopatias.

Exemplo — *"A paciente já havia atravessado algumas fases depressivas. Na sua última estada no hospital, dois pacientes fizeram com ela algumas brincadeiras. Um deles segurou-a pela cabeça e o outro suspendeu-a pelas axilas. Ela os repeliu, dizendo. 'Não quero fazer amor no hospital'. Depois sobreveio-lhe o pensamento de que os dois homens poderiam ter feito algo com ela e que talvez estivesse grávida. Este pensamento, sem nenhum fundamento, a dominava cada vez mais. Citamos as suas afirmações: 'Durante o dia todo, gira-me pela cabeça como tudo aconteceu: eles não teriam sido tão insolentes'. 'Algumas vezes me afasto do assunto, mas ele volta sempre.' Os seus pensamentos giram em torno do mesmo tema. Acredita com absoluta certeza que vai ter um filho, porém logo acrescenta: 'Não tenho certeza, ando sempre em dúvidas'. Conta o ocorrido à irmã e esta, como resposta, sorri e diz que ela deveria procurar o médico para tratar-se. Resistiu porque o médico iria rir dela por causa de sua idéia "absurda". O médico não encontrou nada. Isto a tranqüilizou por um dia. Mas no dia seguinte já não acreditava no médico. Talvez quisesse apenas tranqüilizá-la. 'Não acredito em ninguém.' Pensa que a menstruação não apareceria. Ao sobrevir a menstruação, sentiu-se no momento aliviada. Porém não estava segura nem convencida. 'Procuro esclarecer-me. Sento-me e reflito: ah, tudo aquilo não é verdade, não fui uma menina má. E logo penso que fui. Digo a mim mesma: um bom dia está para chegar.' 'E o dia todo penso nessas coisas. Sempre a luta dentro de mim: poderia ter sido assim e poderia ter sido também de outro modo, sempre a mesma coisa.' Pensa que já está grávida. 'Sempre penso que seria horrível se acontecesse.' Às vezes ri alto por causa dos seus pensamentos absurdos"* (Jaspers).

Perseveração A perseveração do pensamento foi definida por A. Pick como a "repetição automática e freqüente de representações (predominantemente verbais e motoras), que são introduzidas como material

supérfluo nos casos em que existe um déficit na evocação de novos elementos ideológicos''. Revela-se através da linguagem pela dificuldade que o enfeimo apresenta para abandonar o tema que inutilmente procura desenvolver e, também, pela dificuldade de encontrar as palavras necessárias à expressão do pensamento. Na opinião de Bumke, não se trata de um sintoma primário, que perturbe o funcionamento normal, mas de um sintoma secundário, que baseado numa tendência fisiológica ao automatismo, se manifesta sempre que faltem novas representações na consciência. O sintoma foi descrito pela primeira vez por Lissauer, num trabalho que publicou sobre ''cegueira psíquica''.

Esta paciente de Stengel revela dificuldade para encontrar as palavras e tendência à perseveração:

''Todos se sentam juntos para comer, homens e mulheres. É um lugar bem grande. A quantidade que me dão para comer, não poderia comer. Tentei ser apresentável, exemplar. O que me deram para comer, eu me sentava e comia devidamente, procurava fazer o certo. O material da comida que dão, parecia não estar bem depois do tempo; era velho. Todas as outras mulheres receberam muita comida ou comidas e comeram tudo. Então pensei que talvez alguma outra coisa estivesse errada com vocês.''

Prolixidade A prolixidade consiste na incapacidade que o doente revela para selecionar as representações essenciais das acessórias. Como resultado, o pensamento do enfermo não desenvolve o tema principal; ao contrário, perde-se a todo instante numa série de pormenores desnecessários, dando ao raciocínio um aspecto pegajoso, arrastado e difícil. Quando se interrompe o paciente em sua narrativa, ele retoma-a no mesmo ponto de interrupção, ou começa tudo de novo, sempre utilizando as mesmas palavras, as mesmas imagens e a mesma argumentacão. O enfermo prolixo não tem a necessária agilidade intelectual para dar colorido e variedade à sua linguagem. As expressões são pomposas e cansativas, em virtude do uso freqüente de termos enfáticos e proposições gramaticais tautológicas.

Exemplo clínico de Ludwig Lippmann:

''Hoje faz oito dias que me encontro aqui e digo ao senhor que não posso encontrar palavras de louvor suficientes para dizer, sem exagero, quanto tem feito por mim, especialmente no curto espaço de tempo que aqui me encontro. Porque quando vim me encontrava de tal modo que me parecia impossível, em tão pouco tempo, melhorar desse modo. É possível que para isso tenha contribuído em grande parte a minha extraordinária força de vontade e também os seus excelentes métodos de cura. Porém, de qualquer modo, sua conduta para comigo é tão digna de apreço, que não posso encontrar palavras suficientes para louvá-la, e por isso eu desejo dar-lhe os meus mais expressivos agradecimentos, assim como ao Dr. Luzitano, que tanto insistiu para que eu viesse para aqui. Pelo que se refere a minha pessoa, penso louvar calorosamente os resultados que se obtêm nesta clínica, cuja obra é digna de todo louvor, ainda que para o senhor se torne financeiramente prejudicial. Por isso, o senhor merece por seus esforços não só o reconhecimento financeiro, como também o agradecimento e o elogio moral mais manifesto, e posso

assegurar-lhe que farei o possível para dar a conhecer sua grandiosa obra nos jornais desta capital.''

Incoerência A incoerência é um sintoma de perturbação do pensamento, que acompanha as enfermidades onde se observam alterações da consciência. O pensamento incoerente é confuso, contraditório e ilógico. Nos casos de incoerência do pensamento, verifica-se que os conceitos estão representados por símbolos, como no sonho, e o raciocínio não leva em conta as leis da lógica, razão pela qual o pensamento se manifesta em franca discordância com a realidade objetiva. Distingue-se a incoerência da fuga de idéias, porque nesta há uma ligação compreensível entre um e outro termo. Por esse motivo, é possível compreender de algum modo o enfermo que apresenta fuga de idéias, o que não acontece com um incoerente.

Exemplo clínico de Karl Leonhard:

''Não se deve perguntar a ninguém, que miséria! O que se vê aí fora. Vou morrer, já uma vez estive nesta clínica de doentes nervosos, não foi um sonho. (— Que dia é hoje?) Tenho de vomitar, sim vou responder, tenho de me vestir. (— Sente alguma dor?) Sim, sonhei tudo isto nesta semana. (— Em que mês, estamos?) Nesta casa da Senhora Sachs eu caí, e que eu saiba, gritei muito. (— E o mês?) Não sei, então dormia, não estava consciente, quando fui no automóvel senti muitas dores. (— Sente alguma dor?) Não, porém estou muito feia. Precisamente ontem falamos e tínhamos dito: aí vem o soldadinho, é o espírito mau que anda aí fora. (— Como passou desde que lhe deram alta na última vez?) Me vesti bem, porque queria estar bonita. Com certeza aí fora está um espírito mau. Procuro o dinheiro, isto quer dizer agora mesmo.''

Pensamento demencial Nos estados demenciais o pensamento se mostra empobrecido. O defeito não é linear, como nos deficientes mentais, ao contrário, o enfermo demonstra um rendimento irregular, pois o processo demenciante não destrói as capacidades intelectuais de maneira uniforme. O défict do pensamento é adquirido e desigual na demência. Por esse motivo, é possível, verificar que ''em alguns aspectos e em certos momentos, o pensamento demencial pode revelar elaborações superiores, apesar da falta de unidade e coerência: conceitos abstratos, juízos bem diferenciados, raciocínios complexos e demonstrativos, nos quais persistem resíduos da experiência e compreensão geral da vida. A pobreza de entendimento é relativa à quebra dos elementos próprios das atitudes e reações diante dos problemas da realidade. Na deterioração pouco avançada, persistem mais ou menos íntegros os recursos necessários à ação habitual e até ao trabalho profissional, principalmente aos que servem à satisfação das necessidades de rotina'' (Honório Delgado). Muitos enfermos, que demonstram dificuldades no entendimento de situações novas, podem apresentar reações adequadas às circunstâncias.

A limitação dos conceitos, a diminuição dos elementos representativos e dificuldade de encontrar as palavras contribuem para que os enfermos permaneçam limitados a um círculo restrito de interesses.

Nos casos mais graves, há diminuição da compreensão, que se torna evidente, por exemplo, pela incapacidade de apreender o sentido de uma gravura, permanecendo o paciente preso aos pormenores sem condições para uma visão de conjunto. A narrativa é pobre, transcorrendo lentamente e com dificuldade para passar de um assunto a outro. O raciocínio é de tipo egocêntrico.

Os enfermos vão manifestando, de maneira progressiva, dificuldade na compreensão e insegurança na execução de atos de conjunto. Por isso, não têm condições para julgar o comprometimento de sua capacidade para a apreensão dos números e sua ordenação. Tornam-se incapazes de apreender o sentido dos argumentos lógicos e de agir corretamente diante de problemas que necessitem de reflexão. Perdem, de maneira definitiva, a capacidade para adquirir novos conhecimentos, para compreender e explicar, por exemplo, os acontecimentos políticos. "Unidas à falta geral de espontaneidade psíquica eficaz, tornam-se patentes a impossibilidade de concentrar a atenção, a deterioração da memória e da expressão verbal, em proporção variável, segundo os casos, com uma acentuada tendência à repetição. Por isso, freqüentemente, o demente chega a desconhecer os objetos e as pessoas mais íntimas" (Honório Delgado).

Exemplo de pensamento demencial, extraído de uma observação de Malford Thewlis: "*Com a memória debilitada, o seu poder de raciocínio decrescia; no entanto, com grande esforço podia despertar sua capacidade de organização e seus dotes de orador brilhante. Em tais ocasiões não dava mostras de alteração mental, porém, se continuasse mantendo certo esforço prolongado, tornava-se confuso e parava no meio do discurso. Mais tarde também não percebia a sua confusão mental e, enquanto a fase inicial de seus discursos ainda era razoável, caía num palavreado sem sentido sobre vários assuntos, ordinariamente reminiscências ou elogios a si próprio. Em um Congresso de Medicina Legal dissertou sobre a loucura como atenuante nos casos de homicídio. Durante alguns minutos falou com a eloqüência de orador experimentado, citando textos e oferecendo argumentos irretorquíveis. Fez referência a um assassinato em um trem de estrada de ferro e descreveu o vagão. Perdeu o fio do raciocínio e começou a divagar sobre companhias de estradas de ferro. A sua mente estava agora concentrada sobre si mesmo e no resto do discurso tratou apenas de sua pessoa. O discurso resvalou para o auto-elogio, tornou-se confuso e foi chamado à ordem. O chamamento do presidente com a campainha o devolveu momentaneamente à realidade; sentou-se e permaneceu monologando durante o resto da sessão*".

Valor semiológico

Transtornos Mentais Afetivos

A inibição do pensamento é observada nos estados que se acompanham de depressão, principalmente na *melancolia*, onde o sintoma se revela com a máxima intensidade. A expressão fisionômica do paciente é triste, abatida e contraída, com grande expressão de sofrimento. O pensamento é lento, difícil, arrastado e penoso, assim como a linguagem. Os movimentos são lentos e

limitados. A inibição do pensamento faz parte integrante da síndrome de depressão dos sentimentos vitais, especialmente como expressão do "complexo sintomático de inibição", na qual se destacam: "lentidão ou inibição do pensamento e da psicomotilidade, assim como de todas as funções vitais (psíquicas e somáticas); alteração da vivência do tempo no sentido de lentificação do presente e de um futuro fechado, que obriga o enfermo depressivo a olhar constantemente para o passado; desinteresse por todas as atividades habituais, mesmo em relação àquelas que eram agradáveis; astenia vital; vivência de alteração da atividade do eu, no sentido de encontrar-se esta inibida ou em estado de hipoatividade" (Goás).

A inibição do pensamento não é um sintoma isolado, mas, na depressão endógena, sempre se manifesta unida à tristeza vital e à angústia vital.

Na *mania*, observa-se a fuga de idéias em sua forma pura. Acompanha-se de excitação psicomotora, logorréia e desviabilidade da atenção.

Esquizofrenia

Na esquizofrenia, verifica-se com freqüência a compulsão a pensar e a interceptação do pensamento. Alguns enfermos esquizofrênicos se queixam de que são forçados a pensar. Provavelmente, como se trata de pensamentos de conteúdo desagradável, os doentes procuram encontrar uma causa que os justifiquem, referindo que "alguém os está obrigando a pensar desta maneira". Essa perturbação se acompanha de uma sensação de esgotamento. Bleuler considera que, nesses casos, quando o sentimento compulsivo se acha ausente, o paciente acredita que está cumprindo uma missão importante.

Examinada de maneira superficial, essa perturbação pode parecer oposta à interceptação do pensamento, quando, em geral, os dois fenômenos costumam aparecer simultaneamente.

A interceptação do pensamento tem uma importância fundamental na sintomatologia e no diagnóstico da esquizofrenia. Bleuler cita uma série de exemplos em que os pacientes procuravam descrever o fenômeno com as mais diferentes denominações. Uma de suas doentes dizia que era forçada a permanecer sentada e quieta durante várias horas "para poder encontrar seus pensamentos". Um enfermo queixava-se de que sentia "obstáculos para pensar". Uma paciente descreveu a interceptação "como se alguém colocasse algo sobre o meu rosto, é como se apertassem com força a minha boca, como se alguém gritasse: cala a boca!" Com freqüência, os enfermos fazem referência à perturbação como devida a uma influência estranha. Um enfermo de Jung disse que experimentava subjetivamente o distúrbio como uma "privação de pensamento". Bleuler considera essa expressão tão adequada que, em sua opinião, os enfermos esquizofrênicos compreendem perfeitamente o seu significado.

Além dessas alterações do pensar, verificadas na esquizofrenia, encontram-se ainda o *pensamento vago*, os *pensamentos feitos, inspirados e subtraídos*, o *pensamento derreísta* e o *concretismo*.

As *idéias prevalentes* raramente se manifestam em enfermos esquizofrênicos, sendo mais comum observá-las em *personalidades fanáticas* e nos *querelantes*.

Quadros neuróticos O *pensamento obssessivo* é observado em quase todos os quadros neuróticos, constituindo o sintoma fundamental do quadro obsessivo-compulsivo e em alguns enfermos epilépticos.

Epilepsia Nesta enfermidade, encontram-se em sua forma característica a perseveração e a prolixidade.

A *perseveração* é o sintoma mais importante no psiquismo epiléptico e abrange não só os processos intelectuais, mas também os afetivos e volitivos. Fato singular, a perseveração se atenua de modo considerável nos doentes demenciados e, em geral, quase não é percebida nos epilépticos com deficiência mental. Empregando o teste de Rorschach como método de investigação, Stauder chegou à conclusão de que o traço fundamental do psiquismo epiléptico é a perseveração, derivando-se daí, de uma forma ou de outra, os demais sintomas psíquicos da enfermidade.

Na narrativa dos epilépticos destaca-se, com freqüência, a *prolixidade*. Por essa razão, o pensamento desses enfermos não consegue desenvolver um assunto único, ao contrário, perde-se a todo instante em particularidades destituídas de importância, em pormenores sem significação, tornando a narrativa extremamente fatigante.

Vejamos estes exemplos de perseveração e prolixidade, retirados da observação de uma enferma epiléptica:

''Faz tanto tempo que não tenho uma boa consulta, que eu não tenho um bom médico. Faz tanto tempo que eu não tomo um bom fortificante, nunca pensei em arranjar uma boa consulta desta santa mãozinha do senhor, graças a Deus ganhei a boa sorte, graças a Deus ganhei a boa misericórdia de ter uma boa consulta, de vir para a boa mãozinha do senhor.

''Eu sou uma criatura, graças a Deus meu Pai celestial, que nunca fui de linha que não sejam linhas retas, sempre fui uma criatura sempre amável, sempre fui uma criatura muito educada, não sou uma criatura errada, nunca fui uma criatura errada, graças a Deus. ''

Deficiência mental Na deficiência mental a atividade intelectual está na dependência do grau da deficiência. Nos graus leves e intermediários, a estrutura do pensamento é elementar: os conceitos são pobres e ligados ao concreto: os juízos e o raciocínio, limitados e imprecisos ou, pelo contrário, ''dogmáticos e sem plasticidade em sua aplicação''. Nesses casos, ''o pensamento intuitivo manifesta a mesma pobreza do discursivo. Assim, tanto a compreensão como a explicação dos fatos, por mais simples que estes sejam, são inalcançáveis ou vagas. Não é possível a distinção clara de categorias: o essencial e o acidental, a causa e o efeito, o real e o imaginário não se apresentam ao espírito com diferenças precisas. Compreende-se que a previsão e o tino não se revelam, salvo na limitada esfera em que se exercita a habilidade prática do deficiente mental'' (Honório Delgado).

Transtornos mentais orgânicos Nos estados deficitários adquiridos (demências), o pensamento é improdutivo. O déficit não é linear e homogêneo, como na deficiência mental. Em certos aspectos e em determinadas situações, ''o pensamento demencial pode revelar elaborações superiores, mesmo que, ordinariamente, sem unidade e congruência: conceitos abstratos, juízos bem diferenciados, raciocínios complicados e demonstrativos de que persistem restos dos resultados da experiência e a compreensão geral da vida'' (Honório Delgado).

Transtornos mentais sintomáticos No delírio oniróide, na amência e nos estados crepusculares, observa-se incoerência do pensamento.

Alterações da memória

Introdução psicológica

Segundo G. Olerón, o termo *memória* compreende "um conjunto de *atividades* que integram processos biofisiológicos, assim como psicológicos, os quais não se podem produzir *atualmente* senão porque certos acontecimentos *anteriores*, próximos ou distantes no tempo, modificaram, de maneira persistente, o estado do organismo".

Os livros de psicologia indicam que em todo ato de memória existem três fases:

1) *fase de aquisição*, através da qual o individuo adquire novos conhecimentos, em virtude da capacidade de fixar o fato vivido; não se pode reduzir esta fase a um simples ato perceptivo, pois a maior parte daquilo que é vivenciado consiste em atividades mais ou menos complexas "que se desenvolvem por ocasião de repetições sucessivas" daquilo que é captado de maneira intuitiva;

2) *fase de retenção*, que não tem limites no tempo, mas que compreende o decurso no qual o que foi memorizado se acha conservado de modo latente;

3) *fase de reativação* e de *atualização* do material adquirido, que pode dar lugar a atos mnemônicos observáveis.

Lange, ao estudar as funções mnêmicas, estabelece a seguinte classificação: "Na memória diferenciamos, em primeiro lugar, a *memória* no sentido estrito, como a soma de todas as lembranças existentes e as aptidões que determinam a extensão e a precisão dessas lembranças; em segundo lugar, a *capacidade de fixação*, que é a função que acrescenta novas impressões à memória, graças à qual é possível adquirir novo material mnemônico, e, finalmente, a capacidade de *evocação*, ou *reprodução*, pela qual revivem os traços mnêmicos e dispomos livremente do material de nossa memória".

A memória propriamente dita é considerada por alguns psicólogos como um processo puramente fisiológico. Enquanto a capacidade de fixação e a evocação das lembranças são tidas como atos psíquicos, pelo fato de serem vividos pelo indivíduo.

Wernicke designa sob o nome de capacidade de fixação a aptidão para adquirir imagens mnêmicas e representações novas. A memória de fixação

constitui apenas uma premissa para o acréscimo e a complementação de nossas recordações; porém, não nos oferece a verdadeira medida da capacidade da memória.

A memória de evocação, segundo Kraepelin, abrange, sobretudo, o contingente de imagens anteriormente adquiridas e é determinada pela força de retenção das impressões passadas.

A condição indispensável para que se estabeleça uma lembrança é a compreensão do objeto observado, condição essa que depende da atenção e do interesse. Kraepelin considera que a lembrança pode ser conservada mais tempo quando se percebe claramente a impressão original e quanto mais numerosas forem as suas ligações com o resto do conteúdo da consciência; em outras palavras, quanto maior tenha sido o interesse despertado no indivíduo. As lembranças perduram mais tempo quando são reforçadas pela repetição.

As pesquisas fisiológicas de I. P. Pavlov demonstraram que a fase central nas funções da memória é a formação e o fortalecimento das ligações temporárias. Tais ligações se constituem à base dos reflexos condicionados e incondicionados, formando-se também por influência dos reflexos condicionados elaborados anteriormente. "Os excitantes do segundo sistema de sinalização — as palavras *ouvidas* ou *vistas* — entram em ligação com os traços das excitações anteriores no primeiro e segundo sistema de sinalização. Os laços são mais fortes quando é combinada a sua repetição rápida e quando o córtex dos hemisférios cerebrais possui suficiente excitabilidade e mobilidade dos processos nervosos fundamentais. É fora de dúvida que nas funções da memória desempenham importante papel a inibição interna, os reflexos em seqüência, o desaparecimento e o restabelecimento das ligações condicionadas. (...) Esses dados fisiológicos constituem a base da memória" (Guiliarovski).

Patologia

As alterações da memória podem ser classificadas em quantitativas e qualitativas. No primeiro grupo se incluem a hipermnesia, a hipomnesia e a amnesia.

Hipermnesia Para Bleuler ocorre hipermnesia quando "se evocam lembranças casuais com mais vivacidade e exatidão que ordinariamente, ou quando se recordam particularidades que comumente não surgem (...)". Pode ser observada nas *afecções febris*, quando aparecem lembranças da juventude ou da infância; na *hipnose*, como recordação de particularidades muito complicadas, com tal exatidão como se as coisas estivessem acontecendo de novo; no *sonho* surgem, às vezes, com grande clareza, coisas que na vigília não poderiam ser reproduzidas, e em casos raros de *esquizofrenia*. Na hipermnesia não existe, na realidade, aumento da memória; verifica-se, apenas, maior facilidade na evocação, limitada habitualmente a períodos específicos, a eventualidades específicas ou a experiências realizadas com afetos particularmente intensos. Observa-se, nesses casos, que não há seleção, estando diminuídas e perturbadas a fixação e a conservação de novos acontecimentos. Os enfermos com hipermnesia podem dar a falsa impressão de riqueza de conceitos, mas isso não corresponde à realidade.

O aumento da evocação das lembranças pode ocorrer em estados não patológicos, tais como os que precedem a morte ou quando o indivíduo se defronta com uma situação limite, ou no transe de morte por afogamento. Na literatura psiquiátrica há muitas referências a casos dessa natureza, em que a pessoa se recorda, em poucos instantes, de todos os acontecimentos da vida com absoluta clareza.

Algumas pessoas que foram salvas da morte iminente por afogamento descrevem que "no momento em que a asfixia começava parecia estarem a ver toda a sua vida passada, nos seus mais pequenos incidentes". Relata uma delas que "pareceu ver toda a sua vida anterior desenrolando-se em sucessão retrógrada, não como simples esboço, mas com pormenores muito precisos, como formando um panorama de sua existência inteira, em que cada ato era acompanhado de um sentimento de prazer ou desprazer".

Jaspers descreveu as situações limites. Perante o infortúnio, o sofrimento e a morte iminente, a existência humana é lançada numa situação anímica extrema. Serve de exemplo de uma situação dessa espécie, em que ocorreu uma lembrança panorâmica de toda a vida passada, um caso citado por Forbes Winslow. Em circunstâncias dramáticas, "um homem de lucidez de espírito notável atravessava uma linha de estrada de ferro no momento em que um comboio avançava a toda velocidade. Não teve tempo senão de se estender entre os carris. Enquanto o comboio passou, o sentimento do seu perigo trouxe-lhe à memória todos os incidentes de sua vida, como se o livro do Juízo Final tivesse sido aberto diante de seus olhos".

Admitindo-se que possa haver algum exagero nesses relatos, no entanto não há dúvida de que esses fatos demonstram uma superatividade da memória evocativa, da qual não se pode fazer uma idéia precisa no estado normal.

Deve-se fazer a distinção entre hipermnesia e hipertrofia da memória, correspondendo esta última ao que se denomina uma boa memória, podendo ser parcial, como acontece nos deficientes mentais.

Hipomnesia e amnesia Alguns autores consideram a hipomnesia e a amnesia como graus de hipofunção da memória. Mira y López define a hipomnesia como "a diminuição do número de lembranças evocáveis na unidade de tempo". A amnesia para o mesmo autor seria "a desaparição completa das representações mnêmicas correspondentes a um determinado tempo da vida do indivíduo".

Bleuler não define a hipomnesia; usa o termo ao descrever a "debilidade da memória" em diversas entidades mórbidas (Korsakov, senis, neuróticos e epilépticos). Em continuação define a amnesia: "As lacunas limitadas da memória se chamam amnesias; a limitação pode afetar o conteúdo (sistematizadas) ou o tempo". Em outro parágrafo declara: "A amnesia não precisa ser completa. Há todas as gradações entre o nada absoluto e a lembrança incompleta."

Segundo Jaspers, "denominam-se amnesias as perturbações da memória que se estendem a um período de tempo *delimitado*, do qual nada ou

quase nada pode ser evocado (amnesia parcial), ou ainda a *acontecimentos* menos nitidamente delimitados no tempo''. Em seguida, estuda quatro variedades de amnesia: 1.ª) No primeiro grupo — diz Jaspers — não se trata de perturbação da memória. Nos casos de profunda obnubilação da consciência, nada se pode aprender, nada se pode fixar. Nenhum acontecimento atingiu a consciência, por isso não é possível nenhuma reprodução. 2.ª) No segundo tipo, verifica-se que é possível a compreensão durante certo período de tempo (síndrome de Korsakov), porém a capacidade de fixação está profundamente diminuída não sendo possível reter nada. 3.ª) Numa terceira variedade, certos acontecimentos podem ser compreendidos passageiramente, porém as disposições da memória foram destruídas por um processo orgânico. É, por exemplo, o que acontece nas *amnesias retrógradas*, após graves lesões cerebrais, em que desaparecem totalmente as experiências das últimas horas ou dias antes do acidente. 4.ª) Trata-se, no último tipo, de amnesias extremamente acentuadas, consistindo o defeito numa alteração da capacidade de reprodução. A memória como a soma das lembranças existentes está conservada, porém o enfermo nada pode evocar. A evocação é conseguida, nesses casos, por meio de hipnose. Essa variedade de amnesia foi estudada por Janet. Nesses casos o comportamento dos enfermos desperta a atenção. Não agem como alguém que tivesse perdido as disposições da memória, não estão perturbados subjetivamente pela amnesia e a ela são indiferentes. A amnesia é contraditória e pode desaparecer por si mesma, periodicamente, ou pela hipnose.

Nas amnesias parciais, verifica-se o desaparecimento de algumas lembranças, às vezes restritas a determinadas palavras ou a nomes próprios. Bleuler designa esses casos de *amnesia sistematizada*. Já têm sido publicados casos em que, após um traumatismo cerebral ou como resultado de envenenamento, foram esquecidos os vocábulos de um idioma estrangeiro, que era dominado perfeitamente pelo enfermo. Quando o esquecimento se limita a certos acontecimentos da vida do indivíduo, e este é capaz de rememorar correntemente os fatos da mesma época, Bleuler denomina de ''amnesia catatímica''.

Bleuler estuda as alterações de natureza deficitária da memória nos orgânicos sem usar a palavra amnesia, mas, apenas, os termos ''debilidade da memória'', ''hipofunção'', ''hipomnesia'', ''desordens da memória''. Depois que define a amnesia e começa a empregar o vocábulo, não mais inclui os orgânicos como exemplo, ao contrário do que ocorre em quase todos os manuais de psiquiatria.

Exemplo de hipomnesia — *Carpenter cita o caso de um seu amigo de infância, que, na idade adulta, se tornou um sábio famoso: ''Com mais de 70 anos, era ainda vigoroso; mas a sua memória começou a declinar. Esquecia sobretudo os fatos recentes e as palavras pouco usadas. Posto que continuasse a freqüentar o Museu Britânico, a Sociedade Real e a Sociedade de Geologia, não se lembrava dos seus nomes; designava-os pelo termo 'este lugar público'. Continuava a visitar os amigos, reconhecia-os em casa deles e em outros lugares onde costumava encontrá-los (como, por exemplo, nas sociedades científicas); não em outra qualquer parte. Encontrei-o um dia*

em casa de um dos nossos amigos mais antigos, que reside ordinariamente em Londres, mas que estava em Brighton. Não me reconheceu e fez outro tanto quando saímos da casa. A sua memória foi diminuindo de maneira progressiva e morreu de um ataque de apoplexia''.

Nesta observação, verifica-se o enfraquecimento progressivo das capacidades de evocação e de reconhecimento de pessoas, o esquecimento de nomes, mas, o mais significativo é a impossibilidade de identificação de pessoas quando não se inserem numa totalidade significativa e em suas interrelações topológicas. A simples presença de um dos seus amigos não é o elemento suficiente para o seu reconhecimento. Para que este tenha lugar é preciso que seja sugerido ou antes ajudado pela impressão total dos lugares em que eles se encontravam habitualmente presentes. A recordação desses lugares, fixados pela experiência que se repetiu ao longo da vida, formou verdadeiras *Gestalten* em que a evocação só se tornava possível dentro da configuração total.

Descrevem-se os seguintes tipos de amnesia:

Amnesia anterógrada — A expressão *amnesia anterógrada* é utilizada pela maioria dos autores para designar a amnesia que se refere aos fatos transcorridos depois da causa determinante do distúrbio, como sinônimo de perturbação da fixação. Ocorre nos casos de ofuscamento da consciência, nos estados de agitação, na síndrome de Korsakov. Bumke diz que ''o transtorno mais freqüente da memória é o da fixação''. Costuma ser devido a uma perturbação da apreensão ou do interesse, mas pode apresentar-se como fenômeno isolado (casos com lesões orgânicas), sendo então devido à diminuição da receptividade do sistema nervoso. A alteração é observada em todas as lesões cerebrais manifestas agudas ou crônicas, sejam devidas a causas mecânicas, sejam de natureza tóxica. Os doentes com amnesia anterógrada não podem relembrar os fatos recentes, conservando entretanto a capacidade para recordar acontecimentos do passado mais remoto. A amnesia anterógrada pertence ao quadro clínico de todos os ofuscamentos da consciência e não falta em nenhuma demência orgânica. Observa-se como fato geral que os defeitos pronunciados da fixação se acompanham freqüentemente de fabulações.

Pitres e Mabile publicaram, em 1913, na *Revue de Médicine*, um caso ilustrativo de amnesia anterógrada pura, cuja observação transcrevemos aqui em seus trechos principais:

Um homem de 34 anos, sifilítico, foi acometido de apoplexia. Depois de ter permanecido durante meses em estado grave, que se caracterizou por debilitamento físico predominante nos membros do lado esquerdo e por acentuada obnubilação da consciência, pouco a pouco recuperou completamente o uso dos membros e em parte o exercício de suas faculdades intelectuais.

Verificou-se então que o enfermo se recordava de sua vida passada, dos acontecimentos aos quais se achava vinculado, dos conhecimentos que havia adquirido antes da enfermidade, porém que era incapaz de adquirir e fixar novos conhecimentos. Morreu aos 57 anos, 23 anos depois do ictus *inicial, sem que a sua memória recuperasse o poder de aquisição. Dez, quinze, vinte*

anos depois de sua admissão no hospital, ele imaginava ter entrado nessa mesma manhã, e era tão alheio aos hábitos do estabelecimento, como se nele houvesse ingressado momentos antes. Tudo via, tudo escutava, mas não recordava nada do que acabava de ver ou de ouvir. Sua vida mental se deteve em 10 de março de 1885, momento exato em que sobreveio o ictus *que marcou o início de sua enfermidade.*

Eis alguns exemplos típicos:

Perguntamos: — "Que dia é hoje?" — Respondeu: — "Não sei." — "Qual o mês?" — "Não sei." — "Em que ano estamos?" — "Não sei." — "Está bem. Vamos dizê-lo. Preste atenção para não esquecer. Hoje é sábado, 4 de fevereiro de 1899. Repita em voz alta."

Ele repetiu em voz alta: — "Sábado, 4 de fevereiro de 1899".

Deixamos passar 15 segundos, durante os quais tivemos o cuidado de não distrair a atenção do enfermo para assuntos novos. No fim de 15 segundos, perguntamos:. — "Que dia é hoje?" — Respondeu: — "Não sei." — "Qual o mês?" — "Não sei." — "Qual o ano?" — "Não sei.".

Colocamos em sua mão o estetoscópio, explicando-lhe que era um instrumento do qual se serviam os médicos para auscultar os doentes. Ele o observou com curiosidade e o manteve em suas mãos. Quinze segundos depois, perguntamos que objeto tinha na mão. Respondeu que não sabia.

Repetimos a mesma experiência com um dinamômetro, com idêntico resultado.

Colocamos em suas mãos um jornal e pedimos que lesse em voz alta uma notícia sobre um acidente ocorrido em Rochelle. Cinco segundos depois recordava o que havia lido. Trinta segundos mais tarde não se recordava de nada.

Fizemos com que experimentasse um pouco de aloés, que ele achou amargo. Vinte segundos depois perguntamos se o que lhe havíamos feito provar era doce. Respondeu que não lhe havíamos feito provar nada.

Pedimos que dissesse em voz alta a palavra Paris, cada vez que levantássemos a mão. Executamos o gesto indicado de dez em dez segundos. Durante 50 segundos ele disse a palavra cada vez que levantávamos a mão. Aos 60 permaneceu silencioso, e como insistíssemos em perguntar-lhe por que não havia continuado, declarou não lembrar em absoluto do que havíamos pedido.

O paciente dizia que nunca havia visto o mar e gostaria muito de vê-lo. Em 5 de fevereiro de 1899, nós o levamos de carro até a porta de Rochelle. Descemos diante do posto de peixe. Ele olhou os barcos de pesca grandes e pequenos amarrados e as pilhas de peixe fresco sobre os bancos do posto. Conduzimo-lo além da porta, sobre o cais do Mail, de frente para o mar. Não pareceu emocionado com o espetáculo. "É exatamente como o imaginei", disse. Voltamos e 4 minutos depois lhe perguntamos se tinha desejos de ver o mar. Respondeu: "Ah, sim, isso deve ser muito bonito. Eu tenho grande vontade de vê-lo". — "Você nunca o viu?" — "Não. Nunca."

Os autores dessa observação salientam que, no enfermo, todas as impressões sensitivas e sensoriais eram nitidamente percebidas, porém elas não se fixavam na memória e não constituíam lembranças suscetíveis de revivescência. Por outro lado, os conhecimentos adquiridos pelo paciente, anteriores ao início da enfermidade, estavam conservados e podiam ser normalmente evocados.

Amnesia retrógrada Refere-se à perda da memória dos fatos ocorridos antes de um insulto cerebral (traumatismos cranianos, apoplexia, *ictus paralítico*, eclampsia, tentativas de enforcamento, intoxicação por óxido de carbono, embriaguez grave) e que se estende a dias ou semanas para trás da lesão. Consiste, habitualmente, na perda da memória relativa a um espaço de tempo limitado: algumas horas, dias, mais raramente semanas ou anos. Em alguns casos, a amnesia retrógrada pode compreender todos os acontecimentos anteriores da vida do enfermo.

A amnesia retrógrada é observada com mais freqüência nos transtornos mentais senis, após um *ictus* na aterosclerose encefálica, nos traumatismos cranianos que se acompanham de perda da consciência. Durante a última Guerra Mundial foram registrados casos nos quais, em conseqüência de contusões cerebrais graves, os pacientes não podiam recordar as circunstâncias em que se verificaram os acontecimentos. A amnesia retrógrada pode ser reversível ou irreversível, ocorrendo a regressão a partir dos fatos mais antigos para os mais recentes. Há também tanto mais probabilidade de restauração quanto mais antigo é o fato.

Exemplo — *"Uma senhora jovem, casada com um homem por quem se sentia apaixonada, teve durante o parto uma demorada síncope, em seguida à qual perdeu a memória do tempo que tinha passado desde o seu casamento inclusive. Lembrava-se com muita exatidão de todo o resto da sua vida até aí. Nos primeiros instantes repudiou com horror o marido e o filho que lhe apresentavam. Desde então, nunca mais pôde recuperar a memória desse período da vida, nem dos acontecimentos que o acompanharam. Os pais e os amigos conseguiram, pela razão e pela autoridade do seu testemunho, persuadi-la de que era casada e tinha um filho. Ela acreditava-os, porque preferia acreditar que perdeu a lembrança de um ano a julgá-los todos impostores. Mas a sua convicção, a sua consciência íntima, permaneciam alheias. Via ali aquelas duas criaturas, mas não podia compreender por que uma era o seu marido e a outra o seu filho"* (Ribot).

Trata-se de um caso de amnesia irreparável com extensão apenas retrógrada, relativa ao período de um ano. Diz Ribot que a sua explicação psicológica pode ser encontrada numa destruição dos resíduos ou numa impossibilidade de evocação.

A amnesia retrógrada pode ser psicogênica, em conseqüência de traumas emocionais intensos. Nesses casos, a amnesia pode referir-se apenas a determinado período de tempo, limitada a lembranças relacionadas com acontecimentos que despertam angústia. Na realidade, não há esquecimento; a dificuldade da evocação consiste num processo ativo de defesa: o enfermo não quer relembrar acontecimentos desagradáveis que lhe causam sofrimento. Como bem acentuou Noyes, a amnesia psicogênica não só permite o desaparecimento da memória das experiências insuportáveis, como serve também de artifício para escapar às conseqüências de um ato.

A amnesia psicogênica foi estudada de modo minucioso por Pierre Janet. Serve de exemplo o caso seguinte: "Uma jovem senhora apresentou uma

crise nervosa durante o parto; em seguida se torna manifesto um singular transtorno da memória: não se recorda de nada a respeito do parto, como também do período da gravidez, nem do seu casamento, incluindo o dia em que este se realizou''. Em comentário a esta observação clínica, diz Lersch que, nesses casos, deve ser admitida a confluência de vários fatores intrapsíquicos. Em primeiro lugar, deve-se admitir que o parto constituiu uma experiência penosa, a qual, para ser enfrentada, foi necessário vencer grandes resistências internas. Por essa razão, a paciente procurou apagar de sua memória todos os acontecimentos que se achavam em relação imediata com o mesmo. Mas pode também ter acontecido que o casamento em si mesmo representasse algo contra o qual intimamente se rebelava, e que em sua resistência utilizara o processo dramático do parto para expressar-se sob a forma da amnesia. ''Não se pode colocar em dúvida que essa amnesia está condicionada animicamente, porque o que desapareceu da memória foi um setor da vida que mantém uma unidade temática'' (Lersch).

Amnesia retroanterógrada ou total — É a que se refere aos fatos ocorridos antes e depois da causa determinante. Trata-se de uma alteração simultânea da fixação e da evocação. Encontra-se nos casos graves de demências orgânicas, de amência e de traumatismos cranioencefálicos. ''Se é de instalação súbita e total, privando o indivíduo da capacidade de compreensão e de orientação no tempo e no espaço, toma o nome de psicorrexe'' (Bumke).

Exemplo clínico — *''Trata-se de um homem de 44 anos de idade, ferroviário, que até a época do acidente gozava de boa saúde. Certo dia, após ter cumprido a sua jornada de trabalho, ao retornar para casa de bicicleta, próximo de sua residência, chocou-se com uma motocicleta. Em conseqüência do choque foi lançado por cima desta última a uma certa distância. No momento do acidente alguns populares o socorreram. Em presença de sua esposa, que acorreu ao local, o paciente a reconheceu, interrogando-a: ''Elsa, onde estou, o que aconteceu?'' Reconheceu também o médico que lhe prestou os primeiros curativos. Este era o seu médico de cabeceira, que o descreveu como obnubilado, desorientado no lugar e no tempo e com afasia motora. O paciente se encontrava confuso na noite consecutiva ao acidente, porém no dia seguinte a sua esposa observou que ele estava mais lúcido, pois levantou-se da cama em dado momento em que não era vigiado, pediu o vaso noturno e urinou. Durante a segunda noite, piorou de tal maneira o seu estado que foi necessário transportá-lo para o Hospital. Foi demonstrada radiologicamente a existência de fratura de crânio na região temporal esquerda. Ao ser dada alta dois meses e meio depois estava bastante recuperado, porém revelava paralisia facial central do lado direito e ligeira dificuldade para encontrar, ao falar, as palavras adequadas. Em seguida apareceram acessos epilépticos generalizados (não jacksonianos).*

''O paciente pode dizer exatamente o caminho que seguiu de biclcleta até certo ponto do povoado que se encontra muito distante do lugar onde sofreu o acidente, porém não pode recordar em absoluto o último trecho do caminho, assim como não guarda nenhuma lembrança do próprio acidente

nem de nada mais do que ocorreu até que recuperou a consciência no hospital. Do último trecho do trajeto, assim como dos dias transcorridos até voltar a si no hospital não conserva nenhuma lembrança'' (Luzitano Ferreira).

Amnesia transitória — Observa-se com relativa freqüência, especialmente na convalescença de enfermidades infecciosas graves, uma síndrome amnésica transitória, que se caracteriza pela incapacidade de fixar os acontecimentos recentes. Os enfermos conservam a capacidade de evocação, porém revelam transtornos da orientação têmporo-espacial, fabulações e perseveração. Além destes sintomas nas formas avançadas, verificam-se empobrecimento e simplificação do pensamento e amortecimento da vida emocional, de tal modo que os doentes se mantêm indiferentes, apáticos, sem iniciativa, apragmáticos. Em alguns casos, podem surgir síndromes de transição de tipo paranóide-alucinatória.

A síndrome amnésica transitória deve ser considerada, com propriedade, como alteração resultante dos transtornos exógenos agudos e não como uma síndrome inserida no curso desses transtornos. Em muitos casos, a síndrome tem duração breve, porém nas pessoas idosas pode determinar o aparecimento de uma demência orgânica.

Exemplo — *''Um maquinista de um vapor cai de costas e bate com a nuca contra um objeto duro; permanece algum tempo inconsciente. Voltando a si, recupera com bastante rapidez a completa lucidez da consciência. Conserva a recordação de todos os anos decorridos até o acidente; mas deste momento em diante, a memória deixa de existir, mesmo para os atos estritamente pessoais. Chegado ao hospital, não pode dizer se veio a pé, de carro ou de metrô. Acabando de almoçar esquece-se imediatamente do que fez; não tem nenhuma noção da hora, nem do dia, nem da semana. Tenta refletir para responder às perguntas que lhe fazem; não consegue. A sua palavra é lenta, mas precisa. Diz o que quer dizer e lê corretamente. Esta perturbação desapareceu depois de alguns meses''* (Laycock).

Em comentário, diz Laycock que, de modo geral, nos casos de amnesia transitória devida a uma comoção cerebral, verifica-se a recuperação retroativa. ''O doente, recuperando a consciência, não perdeu somente a lembrança do acidente e do período seguinte; perdeu também a lembrança de um período mais ou menos longo, *anterior* ao acidente.''

Amnesia lacunar — Observa-se, em geral, nos casos de traumatismos cranioencefálicos.

Há muitos anos Koempfen publicou esta observação de amnesia lacunar, mais tarde reproduzida por Ribot: *''Um oficial do meu regimento encontrava-se em exercícios quando caiu do cavalo, batendo fortemente com a cabeça no solo. Houve comoção, seguida de ligeira síncope. Quando voltou a si, tornou a montar a cavalo 'para dissipar uns restos de atordoamento' e continuou a sua lição de equitação durante três quartos de hora com uma grande regularidade. Contudo, de quando em quando dizia ao professor: 'Sinto-me como se estivesse despertando de um sonho. Que me aconteceu?' Levaram-no para casa.*

"Como habitava na mesma casa que o doente, fui chamado a vê-lo imediatamente. Estava de pé, reconheceu-me, cumprimentou-me como de costume e disse: 'Parece-me que estou a despertar de um sonho. Que foi que me aconteceu?' Procurei observá-lo de hora em hora.

"Toda vez que voltava para examiná-lo, o enfermo julgava ver-me pela primeira vez. Não se recordava de nenhuma das prescrições médicas que tinha seguido até então (banhos, fricções). Em suma, nada existe para ele além da ação do momento.

"Oito horas depois do acidente, o enfermo lembrava-se de me ter visto uma vez. Duas horas e meia mais tarde, ele não esqueceu nada do que lhe foi dito. A memória foi voltando gradualmente.

"No dia seguinte, após uma noite de sono tranqüilo, começou a recordar-se de alguns fatos, porém tudo quanto fez, viu e ouviu no dia anterior, antes da queda, ignora-o ainda hoje, isto é, não tem conhecimento disso por si mesmo, mas só por testemunhos.

"Esta perda da memória esteve, como dizem os matemáticos, na razão inversa do tempo que decorreu entre as ações e a queda, e a volta da memória operou-se numa ordem determinada, do mais longínquo para o mais próximo."

Os casos mais típicos e mais comuns de amnesia lacunar encontram-se na epilepsia, especialmente nos acessos tônicos-clônicos e nas ausências.

Os transtornos qualitativos da memória de evocação denominam-se, de modo geral, *paramnesias*. Estudam-se neste grupo as seguintes alterações: 1) ilusões mnêmicas; 2) alucinações mnêmicas; 3) fabulações; 4) fenômeno do já visto; 5) criptomnesia; 6) ecmnesia.

Ilusões mnêmicas As ilusões mnêmicas são constituídas pela formação das lembranças em virtude do acréscimo de elementos falsos ao núcleo da imagem mnêmica, razão pela qual esta adquire o caráter de lembrança fictícia. Como resultado imediato, os enfermos não podem evocar com fidelidade as suas vivências. Por essa razão muitos deles nos dão informações fantásticas como, por exemplo, que viveram milhares de anos, que têm centenas de filhos ou que tomaram parte ativa nos principais acontecimentos da história da humanidade.

É a forma mais freqüente de paramnesia e desempenha importante papel nos enfermos mentais, principalmente na esquizofrenia. Diz Bleuler que "as ilusões da memória constituem, freqüentemente, o principal material para a construção dos delírios nos enfermos paranóides". Bleuler inclui nas ilusões mnêmicas as lembranças imprecisas, observadas no alcoolismo agudo e crônico, nos orgânicos e nos epilépticos. Escreve: "Lembranças inexatas e imprecisas costumam apresentar também os deficientes mentais de grau moderado."

Entre as ilusões mnêmicas se incluem os *falsos reconhecimentos*, observados com freqüência entre os esquizofrênicos. Os enfermos podem identificar o médico ou a enfermeira como uma pessoa de sua família, a quem atribuem o mesmo nome e a quem falam de seus problemas familiares. Não se trata de alteração da percepção e sim de formação da imagem mnêmica, que leva o paciente a identificar uma pessoa desconhecida com um dos seus parentes próximos.

Alucinações mnêmicas Sully deu a denominação de alucinações da memória às criações imaginativas com aparência de reminiscências, que não correspondem a nenhuma imagem de épocas passadas. Nos esquizofrênicos surgem, freqüentemente, algumas produções psíquicas com características de lembranças reais que podem modificar de modo completo o passado do enfermo. Bleuler assinala que "as alucinações da memória se apresentam com freqüência nos esquizofrênicos, nos quais podem surgir de modo repentino lembranças que não correspondem a nenhum acontecimento".

Como exemplo de alucinações mnêmicas, cita este caso: "*Um paciente começou a reclamar dizendo que na noite anterior foi levado ao alto da torre da Catedral e o fizeram realizar toda sorte de perigosos movimentos ginásticos e, em seguida, lançaram-no ao rio. Nos dias seguintes continuou a história, que se complicou ainda mais, aparentemente com certo plano. Conta, por último, que deu a volta ao mundo voando (isto aconteceu antes de o avião se tornar um meio próprio de locomoção).*"

Analisando este exemplo de alucinação da memória, Bleuler diz que "aqui não se trata de realização de sonhos nem tampouco de alucinação dos sentidos, pois muitos dos acontecimentos eram situados no tempo em que o indivíduo normalmente se ocupava do seu trabalho. Em outros casos, as alucinações da memória são menos sistematizadas e constam apenas de particularidades isoladas".

Bleuler admite que os senis possam apresentar também alucinações mnêmicas. Cita o exemplo de um dos seus enfermos que, com freqüência, dizia ter sido atacado na noite anterior por ladrões, que lhe haviam amarrado um braço à espádua.

Fabulações O fenômeno descrito anteriormente difere, na realidade, em sua essência, da fabulação, transtorno qualitativo da memória que se observa com freqüência nos esquizofrênicos paranóides, nos orgânicos e nos alcoolistas com síndrome de Korsakov.

Consistem no relato de coisas fantáticas que, na realidade, nunca aconteceram. Em grande parte, resultam de uma alteração da fixação e de uma incapacidade para reconhecer como falsas as imagens produzidas pela fantasia. O conteúdo das fabulações, como bem salientou Lange, procede do curso habitual da vida anterior, acontecendo muitas vezes que, achando-se perturbada a capacidade de localizá-las no tempo, lembranças isoladas autênticas completam erroneamente as lacunas da memória. Nos casos em que existem alterações dos conceitos e desorganização das tendências vitais, pode-se observar a produção rica de conteúdos fabulatórios absurdos e inverossímeis, que, habitualmente, adquirem um aspecto oniróide. Em outros casos, certas imagens oníricas são rememoradas e atualizadas como lembranças autênticas.

Bleuler procurou deixar bem clara a distinção entre fabulação e alucinação mnêmica quando escreveu: "Na fabulação trata-se de uma invenção livre que se toma por acontecimentos vividos. As fabulações preenchem um vazio da memória e se mostram como que criadas para este fim. Podemos produzi-las ou governá-las, enquanto que as alucinações da memória não

mudam, tal como a idéia delirante. Pergunta-se a um alcoolista com síndrome de Korsakov onde esteve no dia anterior. Sem pensar, nos conta com grande exatidão que esteve a passear na montanha próxima.''

No sentido mais particular, a fabulação é, nos estados em que não há delírio, um sintoma de transtorno mental orgânico. ''Os que mais fabulam'' — diz Bleuler — ''são os alcoólicos com síndrome de Korsakov; às vezes, toda a sua atividade psíquica consiste em fabular''. Papel mais modesto desempenham as fabulações nos senis; porém, não obstante, é fácil produzir o sintoma perguntando o que fizeram na noite anterior (fabulação de embaraço).

Fenômeno do já visto Consiste no fato de o indivíduo ter a impressão de que a vivência atual já foi experimentada no passado. Bumke assim o conceitua: ''Em uma situação qualquer se nos apresenta, de súbito, a idéia de havê-la vivido anteriormente. Isso acontece especialmente quando a consciência se encontra ligeiramente ofuscada. Muitas pessoas sãs conhecem esse fenômeno.'' Aparece normalmente nos estados de fadiga. ''Um esquizofrênico conhecido meu — diz Bleuler — acreditou durante muito tempo que tudo (o que lhe acontecia) já lhe havia ocorrido antes, há anos, exatamente como na atualidade.'' Nos epilépticos com focos temporais, o fenômeno se apresenta com características especiais, principalmente como crises, e tem um grande valor do ponto de vista da localização da lesão. Pode-se observar o fenômeno oposto, o *jamais visto*, também com caráter acessual, no qual o enfermo está incapacitado de reconhecer o ambiente por mais familiar que este o seja na realidade.

Exemplo — *''Um homem instruído e que raciocinava muito bem sobre a sua doença, da qual chegou mesmo a fazer uma descrição escrita, surge aos 32 anos com uma afecção mental especial. Se assistia a uma festa, se visitava qualquer lugar, se encontrava alguém, este acontecimento, com todas as suas circunstâncias, parecia-lhe também familiar, e ficava certo de já ter sentido as mesmas impressões, estando rodeado precisamente dos mesmos objetos, com o mesmo céu, o mesmo tempo. Se fazia algum trabalho novo, parecia-lhe já tê-lo feito e nas mesmas condições. Às vezes este sentimento produzia-se no mesmo dia ao fim de alguns minutos ou de algumas horas, às vezes, somente no dia seguinte, mas com uma perfeita clareza''* (A. Pick).

Criptomnesia É um falseamento da memória em virtude do qual as lembranças perdem suas qualidades e aparecem ao paciente como fatos novos. O termo foi criado por Bleuler, que o conceitua do modo seguinte: ''Há sábios que primeiramente repudiam uma idéia nova, depois elaboram-na consciente ou inconscientemente e por fim aceitam-na, esquecidos porém de que eles mesmos a haviam recusado e até se convencem de que é coisa absolutamente nova que lhes ocorreu. Os senis em sua conversação podem contar uma história como nova, quando a mesma, poucos minutos antes, entre as mesmas pessoas foi relatada por outro''. Esse fenômeno pode constituir a origem de disputas quanto à prioridade de uma idéia ou de uma descoberta e tem sido motivo de muitas acusações de plágio.

Ecmnesia Consiste na revivescência muito intensa, às vezes de duração breve, de lembranças anteriores que pareciam esquecidas. Este transtorno qualitativo da memória foi descrito por Pitres que o considerou como fenômeno de reversão mental, observado em enfermos histéricos e em pessoas submetidas à hipnose. Esses indivíduos podem perder a identidade atual e vivem as cenas evocadas como se estivessem recolocados na época de sua existência em que elas sucederam.

Exemplo de ecmnesia — *''Trata-se de um paciente com 25 anos de idade que, durante as crises que se caracterizavam por se sentir caindo, 'como se fosse em uma rosca sem fim', vivenciava novamente um acontecimento passado de grande valor afetivo. Encontrava-se no Aeroporto de Brasília e, ao descer a escada rolante viu, lá embaixo, a sua noiva em companhia de um homem. Este fato vivido realmente, se reproduzia em todas as particularidades sempre que o enfermo entrava em crise. Esclareceu o paciente que não se tratava de uma lembrança, mas tudo acontecia como se estivesse presenciando e participando novamente da cena. A experiência se acompanhava de grande emoção''* (Cesar Almeida Lira).

Valor semiológico

Pode-se afirmar que a memória se apresenta alterada em todos os transtornos mentais. Entretanto, em determinados quadros clínicos, tais alterações representam o sintoma mais significativo, constituindo por si mesmas o elemento mais importante para o diagnóstico.

Síndrome de Korsakov O quadro sintomatológico se caracteriza por uma alteração grave da fixação. Aqui se observa em sua pureza aquilo que Bumke denominou ''complexo sintomático amnéstico''. O sintoma principal e característico é a desordem da fixação, ao lado de alterações da atenção e da orientação. O paciente não guarda nenhuma lembrança do período da enfermidade. Freqüentemente, a alteração da memória se estende a um período anterior, alcançando alguns dias ou poucas semanas antes da instalação da doença. A extensão e a intensidade da amnesia são variáveis, existindo casos em que são esquecidos anos inteiros de experiência. ''Se a amnesia continua estendendo-se de diante para trás'' — escreve Bumke — ''podem os pacientes chegar a crer que vivem em uma época anterior e comportar-se de acordo com esta crença errônea. De qualquer forma, quando há remissão, a memória volta de um modo retrógrado. Nos casos típicos de síndrome de Korsakov nunca se observa um enfraquecimento da memória que se estende até as lembranças infantis.'' Nesta enfermidade se verificam com freqüência fabulações.

Exemplo — *''V. História de cefaléias e ausências durante um ano e meio. Crise comicial em junho de 1957, o que determinou a sua hospitalização. Foi evidenciada a existência de uma síndrome de Korsakov com amnesia para os fatos recentes, fabulação induzida e euforia. Os exames complementares revelaram uma dilatação considerável dos ventrículos laterais e obstru-*

ção parcial do terceiro ventrículo sem imagem característica. Em junho de 1957, derivação pelo método de Torkildsen. Dois meses mais tarde, confusão mental mascarando a síndrome de Korsakov, e aparecimento de sinais extrapiramidais. Em outubro de 1957, intervenção direta pela via transfrontal sobre o terceiro ventrículo, por se ter a certeza de tratar-se de um tumor benigno: seção do fornix direito e descoberta de um quisto colóide aderido à borda superior do buraco de Monro. Histologia, quisto colóide. Em seguida à intervenção, desaparecimento dos sinais extrapiramidais e do estado confusional, reaparição da síndrome de Korsakov, muito típica e acompanhada de fabulação rica e espontânea; algumas manifestações de agressividade, que poderiam estar ligadas a fases de onirismo. Estado estável, considerado como crônico.

''Amnesia dos fatos recentes é bastante acentuada: o enfermo admite que tem 15 ou 25 anos e acredita que se encontra em período escolar, numa instituição religiosa. Refere que se casou há 15 anos com uma prima alemã, mas logo perde as suas lembranças e chega a negar o seu casamento, não reconhece a sua mulher e não consegue adotar uma atitude intermediária, como no exemplo seguinte. 'Você é casado?' Resposta: 'Eu não era casado nessa época, quando tive esse encontro. Esse encontro remonta a um ano e meio apenas, apenas um ano e meio. Eu não era casado. Ah! certamente eu não era casado, e, no entanto eu sou. Eu encontrei uma jovem que era minha prima, seguramente minha prima, não uma prima à moda da Bretanha, nem uma prima alemã, nem descendente de alemães, nem tudo isso que o senhor pensa. Não, não, não, mas uma jovem propriamente minha prima, e esta jovem, durante uma entrevista, pronunciamos as palavras que constituem um casamento e nós as pronunciamos diante do microfone'.

''Respondeu que o presidente da República é Vicente Auriol e que a guerra terminou em 1940 ou 1948.

''Os fatos antigos estão preservados, o enfermo sabe ter passado a sua infância na Bretanha, em Pertre, onde nasceu e freqüentou a escola, com diversos professores, como Guillopet. Sabe que fez o serviço militar em Rennes, na infantaria, mas é incapaz de mencionar o nome de um dos seus oficiais ou suboficiais'' (Delay).

Transtornos mentais orgânicos

Nas perturbações mentais orgânicas verifica-se alteração da fixação e da evocação. A alteração da fixação é observada desde o início da enfermidade, evoluindo progressivamente até alcançar, em alguns doentes, uma completa incapacidade para fixar os acontecimentos novos. Em certos casos, os fatos recentes são recordados, mas com a tendência a serem logo esquecidos, em virtude da debilidade dos traços deixados pela excitação.

Na demência senil, com especialidade, a evocação se mostra deficiente, e os enfermos revelam uma tendência progressiva a utilizarem cada vez menos os seus conhecimentos. Observa-se, nesses casos, a perda da capacidade de evocação, que se processa dos acontecimentos mais recentes para os mais antigos.

Exemplo — *''N. G., solteiro, 64 anos de idade, funcionário da estrada de ferro, aposentado, internado no Sanatório devido a alterações do comportamento. Sempre se destacou por suas atitudes corretas, cumpridor dos seus deveres profissionais e sociais, bom administrador dos seus bens. Mantinha relações íntimas com uma viúva jovem que o explorava. Antes de sua internação o encontramos em um Café, no centro da cidade, quando fazia uma pequena refeição. Na ocasião encontrava-se com as vestes descuidadas, comia com voracidade, estava com as mãos sujas de gordura, deixava os alimentos caírem pelos cantos da boca e cuspia as migalhas. No dia seguinte o visitamos em sua residência; veio abrir a porta de cuecas e camiseta, indumentária que conservou durante a visita, sem fazer menção de trocá-la. Pedimos desculpas pelo fato de molestá-lo às sete horas da noite, por supor que se encontrasse dormindo e respondeu que 'já estava se vestindo para ir ao Banco retirar as rendas' e, ao chamar a sua atenção para o fato de estarmos em dia feriado, respondeu que era verdade, sem outra explicação. A habitação em que vivia solitário se encontrava na maior desordem: a roupa branca atirada em cima dos móveis e no chão, as mesas cheias de objetos inúteis; em um cômodo contíguo, pequena oficina de carpinteiro, na qual existia grande quantidade de pequenos pedaços de madeira, que nos mostrou com muita satisfação. Convidado para conhecer os cômodos da casa, perguntamos-lhe as razões da desordem reinante, o que respondeu com estranheza: 'Não, homem, está muito bem arrumada e limpa', ao tempo em que recolhia as roupas que ia encontrando e fazendo com as mesmas uma trouxa, que atirou para cima da mesa. Repetidamente nos convidou a ir à varanda para admirar a paisagem que dali se divisa (vive numa rua estreita), e ali permaneceu com a reduzida indumentária com a qual nos havia recebido. Ao chamar a sua atenção para a particularidade de que os vizinhos o olhavam com curiosidade, não emprestou nenhuma significação ao fato. Deixou-se conduzir ao Sanatório sem resistência, acreditando que ia passar alguns dias no campo. No ato da internação, aceitou tudo sem protesto e sem suspeitar do que se tratava, encontrando-se muito satisfeito porque 'durante alguns dias pretendia oxigenar-se', sem perceber o tipo de instituição onde se encontrava nem a espécie de enfermos que o rodeavam.*

''Amnesia global: não se recorda da marca do seu automóvel, do preço que pagou pelo mesmo nem da Agência onde o adquiriu. Ao tempo em que informa ter o mesmo custado determinado preço, refere-se a uma soma muito inferior. Diz que o motorista não cobrou nada durante os três meses que trabalhou para ele e ao mostrar-lhe a impossibilidade de que o mesmo trabalhasse gratuitamente, respondeu. 'Não me cobra porque é muito simpático e deve viver de suas rendas'; 'vem buscar-me quando o chamo', sem que seja capaz de explicar as horas em que utiliza o carro, nem para que fins o utiliza. Não se recorda da renda da casa de sua propriedade, nem quanto paga de impostos, nem o número de cômodos da mesma. Não tem a menor lembrança da época em que adquiriu a casa e de quanto ela custou. Esqueceu a data e a cidade em que travou conhecimento com a sua amiga, com a qual mantém relações há alguns anos, sem que possa precisar se cinco ou vinte. O falseamento das lembranças é muito acentuado, e entre outras coisas diz que já esteve várias vezes no Sanatório e que agora já se encontra aqui há três meses. Os testes de memória de fixação revelaram que não pode repetir

mais do que três digitos, e fracassou na prova dos pares. Foi incapaz de realizar as provas de cálculo'' (Nágera).

Deficiência mental Os diferentes graus de deficiência mental se acompanham de alterações da fixação e da evocação. Em muitos casos, a desigualdade no desenvolvimento da memória revela que, embora se trate de deficientes de grau moderado, os indivíduos mostram uma excelente capacidade para a reprodução mecânica de certas especializações: conhecimentos musicais, matemáticos ou impressões visuais.

Epilepsia Os epilépticos estão sujeitos à apresentação de alguns transtornos da memória, que merecem atenção especial. Quase sempre a memória é insegura, principalmente em sua capacidade de evocação e na localização das lembranças. À medida que a enfermidade progride no tempo, a fixação vai-se tornando cada vez mais difícil. Com muita freqüência, alguns enfermos apresentam esquecimentos de nomes, de datas, de acontecimentos da vida cotidiana, enquanto conservam de modo perfeito os conhecimentos adquiridos anteriormente. Na opinião de H. Mignot, estas alterações não têm uma relação direta com a freqüência dos acessos convulsivos, visto que são observadas também nos doentes em que as crises estão controladas pelo tratamento. Considera o autor citado que estes fenômenos dependem de *paroxismos infraclínicos*. ''Sabe-se, com efeito, que o EEG mostra com freqüência um traçado elétrico típico de ausência ou de crise parcial infraclínica, enquanto o paciente não apresenta clinicamente nenhuma manifestação paroxísmica. É provável que essas ausências infraclínicas ocorram simultaneamente com uma alteração da atenção e da concentração intelectual, e a maior parte dos epileptólogos interpreta esses fenômenos como manifestações passageiras de um déficit da função da vigilância cerebral'' (Mignot).

A supressão súbita da consciência no momento da crise convulsiva tem como resultado a falta de lembranças do que ocorre durante a mesma. As lembranças mal delimitadas constituem bom sinal de obnubilação da consciência nos estados crepusculares. Com a evolução da doença aumenta gradativamente a alteração da memória, revelada pela perda dos conhecimentos adquiridos, pelo estreitamento do círculo de interesses e o empobrecimento dos meios de expressão.

De modo geral, os enfermos epilépticos apresentam amnesia lacunar, limitada aos períodos das crises convulsivas.

Exemplo — ''Benedito, de cor branca, com 45 anos de idade, casado, médico. A enfermidade teve início aos 15 anos, com acessos vertiginosos e ausências cada vez mais freqüentes. Exerceu a profissão durante pouco tempo, acusando o pai pelo seu fracasso profissional, pois este o reteve ao seu lado para ajudá-lo no comércio hoteleiro. Na primeira semana do seu ingresso na clínica, manifestou um acesso agudo de excitação, com obnubilação da consciência, durante o qual apresentou repetidos acessos comiciais. Desaparecida a excitação, restou um estado estuporoso. Passada esta última fase, guardava uma lembrança muito vaga do ocorrido. Atualmente, sofre crises convulsivas espaçadas de quatro ou de cinco em cinco dias. Movimentos torpes

e lentos, expressão fisionômica de embrutecimento. Abordável, lúcido, regularmente orientado. O seu interesse imediato consiste em receber alta da clínica. Revelou prolixidade e perseveração com notória debilidade do juízo. A memória de fixação mostra-se enfraquecida. Amnesia lacunar completa do episódio descrito. Linguagem pobre, lenta, monótona. O curso do pensamento revela lentidão, com pobreza de conteúdo. Apático e sem espontaneidade'' (Denis Ferraz).

Como tipos de acessos psíquicos, pode-se observar a reminiscência súbita e fugitiva de um acontecimento anterior e o fenômeno do já visto, assinalado por Binswanger.

Esquizofrenia A memória em sentido estrito, compreendida como a aptidão para conservar lembranças, isto é, a faculdade de conservar conhecimentos adquiridos, não está perturbada na esquizofrenia. Entretanto, a fixação e a capacidade de evocação se acham profundamente alteradas, em parte devido à falta de atenção e de interesse. Nas formas paranóides, observam-se ilusões mnêmicas e alucinações mnêmicas. Hoche salienta que ''a falsificação da memória tem na demência paranóide uma origem psíquica de todo diferente dos fenômenos aparentemente análogos que se encontram em outras afecções mentais, como, por exemplo, o colorido depressivo que é conferido nos estados melancólicos a toda a vida passada''. E mais adiante escreve: ''Na esquizofrenia paranóide se tem a impressão de que os doentes perderam a capacidade de distinguir a coisa vivida da que é imaginada ou imaginável; incapacidade que se funda provavelmente sobre o extravio do *senso da realidade*, de modo que um fato qualquer que tenha sido objeto de sua atividade ideativa, na forma, por exemplo, de jogo da fantasia, de *reverie*, de leitura, de conversa, pode vir reproduzldo como fato vivido.''

Síndrome maníaca No curso dos estados maníacos a evocação está, ordinariamente, exaltada: à menor impressão sensorial, uma representação que surge casualmente na consciência tende a reviver uma sucessão ininterrupta de idéias e de imagens. As ligações entre as idéias é débil, fragmentária. As combinações dos conceitos e dos juízos se fazem de maneira acidental, estabelecendo-se na maioria das vezes relações secundárias, devidas a assonâncias, rimas, jogo de palavras. As idéias se sucedem sem direção, ao acaso das circunstâncias psicológicas. As lembranças afluem à consciência em sucessão que pode remontar à infância. Com freqüência, as suas aquisições escolares ressuscitam: eles podem então recitar longos trechos de autores clássicos, relembrar com precisão as datas históricas. O pensamento é móvel, instável, salta sem transição de uma idéia a outra, as evocações se fazem ao acaso: todos os atos intencionais estão nivelados, têm igual interesse e se atualizam com o mesmo grau de consciência. Mundo exterior, impressões sensoriais, imagens verbais motoras, tudo se encontra sob o mesmo plano, tudo é vivido com igual intensidade. O colorido emocional dos estados de consciência não se acha inibido por uma direção; sem finalidade, inteiramente livres, eles têm a mesma importância e o seu matiz

afetivo se manifesta com a mesma intensidade. O automatismo, nos estados maníacos, não é apenas intelectual, mas afetivo; as tendências habitualmente reprimidas tendem a se realizar, sua liberação favorece a emotividade; percepções ou representações, emoções, mimica e movimentos se associam sem freio; a expansividade é a nota dominante. Os estados afetivos comandam em parte o encadeamento; eles tendem a evocar as representações e a provocar os juízos que se expressam na linguagem: o humor alegre, por exemplo, incita os trocadilhos, os jogos de palavras, gracejos impertinentes, o retorno de lembranças agradáveis varia segundo o seu caráter, suscita pensamentos otimistas, projetos sem uma ordenação adequada. Os estados afetivos não obedecem à representação que lhes serve de incentivo ou mesmo de símbolo. À medida que a excitação maníaca aumenta de intensidade, a hiperevocação automática cresce de modo progressivo.

A imaginação também está exaltada, observando-se as combinações as mais singulares e as criações as mais fantásticas. A evocação automática, por mais rica e fiel que seja, não serve mais para nada, o doente não a controla, não escolhe nada entre as evocações tumultuosas; as representações incoerentes não podem mais dirigir a atividade no sentido de uma via razoável e prática, e é inutilmente que se revivem os estados de consciência anteriores. A atividade psíquica está reduzida exclusivamente aos expedientes e ao acaso do automatismo. Passado o estado de excitação, pode-se verificar que os elementos que pareciam fixados não o estão ou o foram de maneira incompleta e superficialmente. A perturbação da conservação contrasta com a exaltação da evocação. Uma paciente de Deron explicou: "Eu não pensava o que dizia, por isso não posso me lembrar."

Em muitos casos de excitação maníaca observa-se *hipermnesia*, caracterizada pela revivescência acentuada de lembranças, que fluem à consciência do enfermo em verdadeira avalanche. Não se trata de um enriquecimento da memória, mas de um verdadeiro "tumulto, uma desordem da memória". Em virtude da excitação em que se encontra o enfermo, o mesmo está incapacitado para relembrar os fatos vividos durante a excitação. Em conseqüência, o paciente apresenta uma amnésia total ou parcial relativa à fase de excitação maníaca. A vida psíquica está alterada em seu conjunto, tal como acontece na embriaguez alcoólica aguda, o que contribui para a manifestação de "fuga de idéias", característica da excitação maníaca.

Estados depressivos Nos estados depressivos, as funções psíquicas estão perturbadas em seu conjunto. Os sintomas mais destacados são a tristeza vital, a angústia e a inibição da psicomotilidade. Entretanto, ao lado desses sintomas axiais, os enfermos deprimidos se queixam de um sentimento de impotência psíquica, que os impede de realizar as suas tarefas habituais, diminuição da capacidade de concentração e enfraquecimento da vontade. A memória se acha comprometida em suas capacidades de fixação e de evocação. Na maioria dos casos, os doentes revelam redução da atividade voluntária: permanecem quase sempre sentados ou deitados, numa atitude de inércia, com a fisionomia triste, abatida e contraída, revelando uma expressão de profundo sofrimento. Nos casos

mais acentuados, a expressão fisionômica reflete tristeza, inquietação e grande ansiedade.

Quadros neuróticos Ao lado dos sintomas principais que dão colorido aos quadros clínicos neuróticos, os enfermos sempre se queixam de "fraqueza" da memória, que dificulta a fixação e a evocação das lembranças. Segundo López Ibor, os enfermos histéricos costumam apresentar amnesias, que obdecem a vários mecanismos. Em alguns doentes, trata-se de guardar segredo a respeito de alguns dados por pudor ou timidez. Nesses casos, não se trata de uma verdadeira amnesia. Em outros, os enfermos não conseguem relembrar certos fatos, embora revelem desejo de relembrá-los. Considera essas lacunas da memória como devidas a mecanismos inconscientes e podem estar associadas a ilusões da memória ou a fabulações, que preenchem essas lacunas. Porém, a perturbação mais comum na memória dos histéricos refere-se à ordem cronológica das lembranças. Diz a esse respeito: "Surpreende a facilidade com que, mediante pequenas manobras sugestivas, conseguem recordar dados que pareciam definitivamente perdidos. Por todos esses caracteres, as amnesias histéricas dificilmente se confundem com as orgânicas, que mostram sempre um caráter mais delimitado e penetrante".

7. Alterações da atenção

Introdução psicológica

Ribot, Pradines e Piéron dedicaram o maior interesse ao estudo da atenção, tanto do ponto de vista teórico quanto experimental. No entanto, para os referidos autores os problemas da atenção se reduziam a uma questão de focalização e concentração, o que muito contribuía para considerá-la apenas em seus aspectos contemplativo e estático.

Em conseqüência, a atenção era encarada como aquela parte da consciência que se concentra em determinados estímulos sensoriais, configurações perceptivas e contextos significativos: palavras, frases e imagens. Essa atitude era uma herança de filósofos e psicólogos experimentais do passado.

Herbart foi quem primeiro chamou a atenção para o fato de que um conteúdo único na consciência adquire, por isso mesmo, elevado grau de consciência e determina o apagamento gradual de outros conteúdos vividos simultaneamente, em virtude de que, ao ocupar o campo total, o conteúdo exerce uma inibição sobre os demais conteúdos contemporâneos.

Wundt comparou a consciência ao campo visual. Diz que, "ao se estabelecer a comparação com o campo visual, uma vez que nesse caso se emprega uma expressão imaginada, proporciona-se à consciência um olhar interior". Esclarece: quando surge uma representação em determinado momento, dizemos que ela se encontra no campo visual da consciência. Neste caso, é permitido chamar de *ponto do olhar interno* esta parte da consciência para a qual se dirige a atenção. "À entrada de uma representação no campo interno do olhar denominamos percepção; à entrada no ponto central do olhar, denominamos apercepção." Leibniz foi o introdutor em linguagem filosófica do conceito de *apercepção*, no sentido da entrada de uma percepção na consciência; ou, em outros termos, a tomada de consciência de uma percepção é que constitui a apercepção.

Wundt distinguiu, no umbral de excitação sensorial, duas etapas: determinado umbral de intensidade que, uma vez franqueado o estímulo, entra na consciência; e um umbral de claridade suficiente para que a intensidade do estímulo permita despertar a atenção e assegurar a apercepção. Em sua opinião, a atenção implica um aspecto subjetivo, isto é, um sentimento de atividade, e compreende dois dos componentes afetivos do sistema de três dimensões — os

que respondem à tensão e à excitação —, tendo por finalidade tornar mais conscientes seus objetos; a atenção é oscilante e possui certa extensão estudada de acordo com a capacidade de apreensão aperceptiva simultânea.

Em seu tempo, Pradines sustentou opinião semelhante ao admitir que "o fato incontestável de que o poder intensificante de aumento da atenção tem seus limites determinados pela intensidade dos estímulos, e o fato de que não depende de nós intensificar uma sensação de fraca intensidade objetiva, faz esquecer o poder anestesiante aparentemente ilimitado do *desvio* da atenção, e que depende de nós, neste sentido, colocar abaixo do limiar uma sensação de intensidade objetiva considerável".

Assegura que "o aumento do estímulo consegue elevar a sensação a um grau determinado, *acima* do limiar anterior, enquanto o aumento da atenção tem como efeito reduzir a sensação a um grau determinado *abaixo* desse limite. A intensidade externa que aumenta faz passar um estado de consciência a um grau superior na escala, a atenção, ao inferior; em outros termos, quanto mais aumenta a atenção mais a intensidade perceptiva decresce. ...A atenção é intensa, porém ela cria as intensidades de origem e de significação biológica contrárias às intensidades dos estímulos, e a consciência introspectiva se nega a confundir as intensidades de origem tão diferentes, em prejuízo da similitude de seus efeitos".

O autor citado reconhece a necessidade de se fazer a distinção entre a intensidade do estímulo e a intensidade da atenção. Os psicólogos clássicos já haviam reconhecido que a atenção é fenômeno de tensão, de esforço, de concentração da consciência, de interesse e de *focalização*. Esse focalizar contribuiu para a analogia entre a consciência e um alvo de tiro. O centro desse alvo corresponde ao grau máximo de consciência e é denominado *foco* da consciência. Os círculos concêntricos mais próximos exprimem, esquematicamente, os processos subconscientes. Os círculos mais afastados simbolizam o inconsciente. O conjunto dos círculos que rodeiam o foco se denomina *franja* da consciência, e correspondem aos processos subconscientes e inconscientes, não havendo entre eles limites de nítida demarcação. A diminuição gradual da consciência coincide com o aumento do número de conteúdos abrangidos em determinado grau de consciência. O elemento que, em dado momento, constitui o objeto de nossa atenção, ocupa sempre o ponto central do campo da consciência. Aí, tudo o que é focal é percebido com atenção; em seu redor, porém, existem outros objetos ou fenômenos psíquicos, os quais, sem ter abandonado o campo da consciência, deixam de ser objeto de atenção. Jung considera a focalização da atenção como o elemento essencial da consciência para a seleção de certas coisas, como se um jato de luz as focalizasse. Nesse sentido, a atenção consiste na capacidade para concentrar a atividade da consciência em uma só coisa, com exclusão total ou parcial das demais.

A atenção foi definida como um *processo psicológico, mediante o qual concentramos a nossa atividade psíquica sobre o estímulo que a solicita, seja este uma sensação, percepção, representação, afeto ou desejo, a fim de fixar, definir e selecionar as percepções, as representações, os conceitos e elaborar o raciocínio.*

Não se trata, porém, de uma função psíquica autônoma. Encontra-se de tal modo vinculada à consciência que, para muitos autores, a atenção não representa senão a faculdade de concentrar a atividade psíquica sobre determinado objeto. Neste sentido, diz Pradines que "a consciência se apresenta como um saber *concentrado* e reunido pela ação de um dinamismo de adaptação (*cum scire*) e como o exercício de uma faculdade de síntese, cujo fim é inserir profundamente nossa atividade no real. Adverte-se, facilmente, que todos esses caracteres definem a atenção mesma. A atenção, portanto, parece criar a consciência". Com base nesse critério, Pradines estabelece que a consciência tem duas maneiras de desaparecer, as quais, em última análise, são as duas formas de eclipsar-se da atenção: quando esta se afasta de uma atividade intelectual ou afetiva, concentrando-se sobre um objeto estranho à referida atividade, cai-se num estado de inconsciência que pode ser classificado de anormal. Porém, a atenção pode também obscurecer a vida mental ao deixar de exercitar-se. Conclui: "Parece evidente que a atenção e a consciência, a distração e a inconsciência (ou subconsciência) têm relações e que passando destas àquelas se passa somente dos efeitos a suas causas ou, pelo menos, a um dos seus fatores determinantes."

Rogues de Fursac observa, por exemplo, que se tomarmos um homem adulto, são, de inteligência média, o mecanismo ordinário de sua vida mental consiste em um vaivém perpétuo de acontecimentos interiores e em um desfile de sensações, de sentimentos, de idéias e de imagens, que se associam ou se repelem, segundo certas leis. Para falar propriamente, não é, como se tem dito muitas vezes, uma cadeia, uma série, mas uma irradiação em vários sentidos e em várias camadas, um agregado móvel que se faz, se desfaz e se refaz incessantemente. São os diferentes estados de atenção que permitem introduzir certa descontinuidade nesta atividade da consciência. Sem atenção, a atividade psíquica se processaria como um sonho vago, difuso e contínuo, como nos estados quase inconscientes, nos delírios oniróides, que confinam com o sonho verdadeiro, a distração, o sonho, consistindo justamente em uma impotência para a atenção ou na sua falta.

Em relação aos processos funcionais integrados no conceito de atenção, destacam-se:

1) A existência de diferentes níveis na atividade, verificando-se a elevação de nível na atividade perceptiva, motora e intelectual.

2) A predominância de um tipo de atividade sobre as demais no mesmo instante, em favor de uma atividade mais ou menos delimitada.

Segundo os níveis de atenção, Piéron estabeleceu:

"a) A atenção implica o domínio e o nível elevado de eficiências — qualquer que seja a representação que se faça dessa eficiência.

b) De acordo com a natureza da atividade dominante, as formas da atenção se revelam diferentes.

c) Os níveis de eficiência e os graus de dominação podem ser, naturalmente, desiguais.

d) Finalmente, a duração e a estabilidade desta dominação e desta eficiência compreendem igualmente notáveis variações."

Em função da atividade predominante, distinguem-se várias formas de atenção: sensorial, motora e intelectual.

Atenção sensorial Henri Piéron mostra que as principais formas de atividade perceptiva são acompanhadas de "uma atenção correspondente a uma atividade de espera, mais estática do que dinâmica, mais ou menos orientada do lado de um ou de outro aparelho sensorial". Refere como exemplo: ao acompanhar a subida de um foguete, somos conduzidos a uma atitude de espera auditiva, pois sabemos que imediatamente sobrevirá a sua explosão. "A atenção visual é acompanhada de movimentos coordenados dos globos oculares, que se dirigem de um ponto a outro, modificando-se a abertura das pupilas e a curvatura do cristalino, dando lugar à acomodação da visão, que assegura a nitidez da imagem retiniana do ponto para onde o olhar se dirige. Isto unido aos movimentos de torção dos olhos, torna possível a visão binocular dos objetivos sobre os quais se centraliza a atenção."

Ocorrem fenômenos semelhantes em relação a atenção auditiva, gustativa. "Os fenômenos de imobilização ou detenção são próprios da espera préperceptiva, toda vez que, com muita freqüência, resultam de um choque sensorial, violento ou súbito, que dá origem a um estado de surpresa."

Atenção motora Consiste, segundo Pradines, "no aparecimento de movimentos voluntários de uma tensão ao mesmo tempo sensorial e intelectual". Caracteriza-se pela tensão estática dos músculos, que chega a alcançar grau elevado, especialmente naqueles que entram em ação no momento da relaxação. Esta atividade de espera, chamada por Piéron de "atividade imobilizante", exige um grande consumo de energia, durante certo tempo, devido à fadiga que determina.

Na atenção motora, a consciência está concentrada na execução de uma atividade: o exemplo típico é encontrado na aprendizagem de exercícios físicos e, mais comumente, na formação intencional dos hábitos. O papel da atenção, nesse caso, consiste em limitar o campo aos seus movimentos voluntários, à exclusão dos elementos automáticos e a reduzir os elementos intelectuais do próprio movimento. Esta forma de atenção representa uma espécie de *alerta* às atividades musculares que devem responder a determinada orientação.

Atenção intelectual Representa o ato de reflexão, quando necessitamos resolver qualquer problema em que se encontre implicado o raciocínio.

Apesar desta divisão de caráter didático, sabe-se que, em qualquer de suas formas conhecidas, a atenção implica sempre uma atividade intelectual: ora orientando os movimentos, ora dando sentido às percepções, sem perder o seu caráter de independência.

Entre os vários fatores que exercem influência no processo de atenção, destacam-se as condições do estado de ânimo em dado momento, que podem facilitar ou inibir a mobilização da atenção. Segundo Piéron, este é um

dos fatores individuais de maior significação em todo o processo da atenção, visto que, "apesar de a intervenção dos fatores gerais ser quase constante, nas condições comuns da vida eles raramente são os determinantes eficazes da atenção; os fatores de interesse individual e transitórios desempenham o papel primordial".

Ribot concedia ao fator afetivo uma grande significação no processo da atenção, admitindo que o indivíduo só presta atenção aos objetos que lhe despertam interesse. Daí a sua opinião de que o interesse é a causa do processo da atenção, "que é capaz de deter o pensamento sobre um estado intelectual concreto", assinalando que, em todos os casos, o mecanismo é sempre o mesmo: um mecanismo motor. Na atenção existe uma imobilidade que "os fenômenos motores não são efeitos do processo de atenção, ao contrário, são as condições necessárias, os elementos constitutivos, os fatores indispensáveis de atenção".

Ponto de vista idêntico é defendido por Piéron, para quem o "estar atento" desperta "um sentimento de esforço idêntico ao sentimento que acompanha todos os esforços musculares". Acrescenta: "Para estar atento, para deter o pensamento sobre uma idéia é necessário realizar um esforço motor determinado, que exerce uma espécie de inibição mental. É a concentração enérgica de certos grupos musculares que permite esta espécie de mirada interna fixa sobre certos estados de consciência, esta focalização estática em que se resolve a atenção, desencadeada pelo jogo dos interesses".

Pradines critica a concepção dos psicólogos que consideram o *interesse afetivo* como o mais significativo no processo de atenção, admitindo que se trata de uma tautologia, visto que "toda atividade vital é utilitária por natureza e teleológica por definição. Não é a lei da atenção: é a lei da vida".

Apesar de negar qualquer significação ao papel da afetividade na atenção, indiscutivelmente as tendências afetivas exercem uma influência considerável no processo, especialmente na atenção voluntária. "Atendemos tanto mais intensamente quanto mais nos interesse algo, quanto mais desejamos conhecer uma coisa e compreendê-la profundamente, toda vez que isto nos proporcione prazer ou grande satisfação." Na atenção espontânea a participação das tendências afetivas também é revelada de modo claro, mesmo quando à primeira vista não nos pareça tão evidente como na atenção voluntária. A esse propósito, diz Mariano Ibérico: "Este papel oferece, no entanto, com inegável evidência, quando refletimos em que só despertam a nossa atenção as coisas às quais nos vincula algum laço desconhecido de interesse, alguma secreta predileção que num momento dado, e sem preparação consciente, nos solicita e nos retém. Dois homens atravessam a mesma galeria; um deles é pintor, o outro não. O primeiro se deterá subitamente diante de um quadro de mérito, o segundo passará ao largo. O laço afetivo reteve o pintor sem um desígnio consciente de sua parte. E assim a sua atenção espontânea foi determinada por uma profunda e ativa tendência de seu espírito."

A psicologia personalista introduziu nova ordem no estudo da atenção. Para William Stern, a atenção "é aquele estado pessoal que representa a condição imediata para a produção de uma realização pessoal. As suas características consistem no *esclarecimento* do objetivo, na consciência e na *con-*

centração da força disponível para o esclarecimento e cumprimento desse objetivo.

Diz Stern que, ao qualificarmos de "claras" e "nítidas" as percepções no campo restrito de atenção, e como "vagas" e "difusas" as que se encontram além do mesmo campo, isto não significa emprestar qualidade aos seus conteúdos, indicando apenas o modo de captação desses conteúdos. A tendência atomista da psicologia tradicional contribuía para que o interesse se concentrasse na pesquisa da "extensão do campo de atenção" e da quantidade de objetos que podem ser captados pela atenção. As próprias experiências mostram que muito mais importante é a captação de uma totalidade, de um todo significativo.

Stern refere que esta evidência revelada plas experiências da própria psicologia atomista indica que "não existem para a atenção quaisquer *elementos*, mas apenas fins totais de realização".

Ficou bastante claro que a facilidade no ato de apreensão depende mais do significado que a configuração tem para a pessoa do que do número dos componentes verificáveis na mesma estrutura.

O ato de perceber consiste na apreensão de uma totalidade, de natureza específica, verificando-se que sua organização, do ponto de vista funcional, não representa a simples adição de elementos locais ou temporais captados pelos órgãos sensoriais. Ehrenfels indicou que um todo sensorial específico é qualitativamente diferente do complexo que poderia produzir-se considerando-se apenas as suas partes. Na organização do campo perceptivo, somente uma parte das excitações sensoriais adquire relevo, dando origem à *forma*, enquanto as partes restantes representam o *fundo*, que se mostra menos claro, mais difuso e mais fluido. A essas formações, que são apreendidas no ato de atenção, Ehrenfels denominou configurações, assim enunciadas:

1) As configurações contêm mais do que a simples soma de suas partes.

2) As configurações mantêm seu caráter e suas propriedades características, mesmo quando seu fundamento varia de modo determinado.

O grau de perceptibilidade alcançado pelo espaço da atenção depende de vários fatores, os quais Stern denomina "*níveis de conscientização*". Entre esses fatores se destaca, em primeiro lugar, o grau de interesse. Esclarece Stern que a conscientização se exerce numa dupla direção: "aparece o que é dado aqui e agora, alcançado em plena consciência, e, ao mesmo tempo, para o que espera a seguir, para o que deve ser explicado". O estado de atenção é, ao mesmo tempo, um *estado* com uma claridade especial e um *movimento* de tensão para a frente, no sentido de uma conscientização nova e superior.

A matéria de atenção, no plano exterior, pode obedecer a objetivos *não-práticos* e *práticos*. "No primeiro caso, o esclarecimento do conteúdo dado à consciência não é apenas preparação para o objetivo a realizar, mas fim em si próprio; assim, a atenção sensorial dirige-se para percepções claras e nítidas, a atenção intelectual para produtos do pensamento, da memória, da imaginação." Já vimos anteriormente que não se pode traçar uma linha divisória muito nítida entre a atenção sensorial e a atenção intelectual: no momento em que um objeto sensorial é dado à atenção, imediatamente é colocado sob

determinadas categorias de consideração e designação, ou seja, ao mesmo é doada significação, tornando-se então objeto de atenção intelectual.

As realizações práticas se relacionam com a atenção motora, pois, nesses casos, trata-se da execução de movimentos, exercícios físicos, aprendizado de uma profissão, que exige movimentos manuais ou a execução de obras — artesanato, escultura, pintura. "Os processos de atenção a eles dirigidos são os mais primitivos, como também os mais divulgados. É que o homem é antes de tudo um ser ativo; e as mais simples realizações estão intimamente ligadas a fatores corpóreo-motores."

Diz Stern que "a *seleção* consciente, realizada pela atenção, e o *relevo* consciente que ela confere aos diferentes elementos da totalidade do objeto são por conseguinte determinados pela tarefa total, e esta é, na maioria dos casos da vida cotidiana e no homem médio, uma tarefa sensório-motora, uma unidade indivisa".

Chama-se "campo de atenção" a área de ação que o ato intencional *delimita* em relação ao restante dos conteúdos da consciência. Nesse espaço subjetivo, distinguem-se o *campo de objeto* e o *campo de força*. Quando a pessoa se encontra diante de uma multiplicidade de objetos, a atenção está dispersa e os diferentes objetos de atenção recebem pequenas quantidades de energia e alcançam um grau médio de conscientização. Mas, ao concentrar a atenção em um único objeto, toda a energia se orienta no sentido do mesmo, e o restante, de uma zona obscura. No entanto, no objeto em que se concentrou a atenção se descobre uma infinidade de pormenores que haviam passado despercebidos quando se achava imerso no conglomerado.

Stern destacou a *formação de relevo* como princípio importante na estrutura do campo do objeto: "*dentro* do campo ao alcance da atenção nem todos os componentes recebem a mesma conscientização e energia, mas sim formas escalonadas, que se relacionam entre si". Admite que a formação normal de relevo é a "concêntrica": em torno de uma zona especialmente iluminada e energicamente acentuada, situam-se zonas de fraca intensidade.

Exemplo — *No motorista, o foco próprio da atenção está no trecho da estrada que se encontra diretamente à sua frente, com os obstáculos que tem de respeitar em absoluto. Ao campo da visão mais lato pertencem os acostamentos da estrada, o encontro à esquerda ou à direita de bifurcações de onde* podem *surgir repentinamente outros veículos, o ruído do motor, os ponteiros dos diferentes mostradores do veículo.*

Nem sempre, porém, uma atitude atenta realiza um verdadeiro "foco", ao contrário, como evidencia Stern, "o campo de visão mais externo utiliza a energia sem objetivo como *campo de possibilidade para um foco ainda por determinar*". Assim acontece em todas as atitudes de espera: procurar, espreitar, espiar, explorar. Nesses casos, o objeto da atenção ainda não se acha presente, tudo é indeterminado, não se conhece o *onde*, nem o *quando* do que vai ser percebido, nem também o *quê* e o *como*. "Mas exatamente esta incerteza exige que a atenção percorra continuamente um campo mais amplo para, no caso de o objeto aparecer, não o deixar escapar, mas, ao contrário, colocá-lo imediatamente em foco. Em relação à vivência, é nítida a diferença: no momento em que o esperado ou procurado se realiza, a tensão

ampla, vaga e errante transforma-se em concentração persistente que apreende e conserva."

Observação das mais significativas para a Psicopatologia consiste na noção de "cisão" da atenção. Este fato pode ocorrer com relativa freqüência em alguns transtornos psíquicos, criando sérios problemas para a mente que deve atender, simultaneamente, a objetivos múltiplos ou extremamente contraditórios. No caso de "cisão", os objetos da atenção opõem-se um ao outro, e, a partir deles, não se pode estabelecer a unidade. Nos casos mais acentuados, em que se manifestam outros sintomas concomitantes, a cisão da atenção pode determinar uma verdadeira desintegração da mente. Bateson propôs a hipótese do "duplo-vínculo", aplicável às situações insolúveis em que se encontram muitos indivíduos no contexto familiar.

A situação é descrita como aquela em que uma pessoa transmite à outra duas mensagens afins, porém contraditórias e incompreensíveis, contendo exigências de natureza oposta, ao mesmo tempo que trata de impedir que a vítima expresse uma opinião acerca da incoerência.

O paciente se encontra numa situação singular e insustentável. Não pode adotar nenhuma atitude sem sofrer pressões e exigências contraditórias vindas, geralmente, de parte de um ou de ambos os pais. O fato de não saber para que lado deva se "voltar", para o lado do pai ou da mãe, ocasiona o desmantelamento no interior de si próprio e, exteriormente, nas relações interpessoais. Cria-se uma situação sem saída para os que se encontram a ela vinculados.

Weakland estabeleceu os princípios da situação de duplo-vínculo criada entre filho-mãe-pai:

"1) O indivíduo participa de uma relação bastante intensa, isto é, fazem-no sentir que é vitalmente importante que possa distinguir com precisão o tipo de mensagem que lhe está sendo comunicada, a fim de poder responder de forma adequada.

2) O indivíduo está atrapalhado em uma situação em que a outra pessoa que participa da relação expressa duas formas de mensagens contraditórias, nas quais uma é a negação da outra.

3) O indivíduo é incapaz de fazer comentários a respeito das mensagens que se estão expressando, com o fim de corrigir sua discriminação do tipo de mensagem a que deve responder, isto é, não pode realizar uma formulação metacomunicativa."

Esta situação de duplo-vínculo implica, naturalmente, a "cisão" da atenção de quem se encontra submetido a esta situação anômala e termina operando a desintegração de uma personalidade em evolução e que não alcançou ainda pleno desenvolvimento.

O começo de um ato de atenção consiste não só em dirigir a atenção para o estímulo sensorial, mas, ao mesmo tempo, interromper o estado psíquico anterior. Assim começa uma nova vivência, e, se esse processo proporcionava prazer ou não estava ainda terminado, a interrupção é vivenciada como uma *perturbação*. Por isso, admite-se que a dupla atenção que um jovem deve prestar aos pais, quando ambos são muito diferentes e expressam opiniões divergentes, contraditórias e conflitantes, determina, como conseqüência, uma "cisão" no processo de atenção, que termina comprometendo, sobretudo, a parte afetiva da pessoa implicada.

Diz Stern que, de acordo com o papel que o estímulo desempenha ou possa eventualmente desempenhar na vida pessoal, ele exerce uma força maior ou menor de atração sobre a atenção. Acontece, muitas vezes, que um estímulo forte tem ressonância pessoal maior do que um estímulo fraco. Desse modo é possível compreender que a intensidade e a alteração do estímulo mantenham uma correlação nítida com a sua capacidade de se impor.

A atenção realiza uma seleção natural dos objetivos em função da disposição pessoal, que tende a iluminar determinados objetos. Esse tipo de disposição é chamado "interesse". "O interesse e a atenção estão intimamente ligados; não existe uma atenção completamente desprovida de interesse" (Stern). *A atenção está dirigida sempre para algo consciente. Neste dirigir-se a algo existe, além disso, uma qualidade de impulso, um componente de ação que está contido na própria consciência.*

Alonso Fernández considera que o ato de concentrar a atenção apresenta dois aspectos: escolher um tema no campo da consciência e elevá-lo ao primeiro plano do mesmo; manter esse tema rigorosamente perfilado, sem deixar-se desviar pelas influências dos setores excêntricos do campo da consciência, e modificar o tema escolhido com plena liberdade. O *indivíduo lúcido dispõe de liberdade diante das vivências*, o que é possível em conseqüência do funcionamento normal da capacidade de concentração.

A primeira fase da atenção representa a redução do campo da consciência. A percepção, representação ou conceito que se acham eventualmente no centro da consciência são percebidos, graças à concentração da atenção, com maior clareza, nitidez e delimitação. Esse processo de concentração pode ser ativo ou passivo, dependendo da situação afetiva do momento.

Rogues de Fursac distingue duas formas de atenção: a atenção *espontânea* e a *voluntária*. No primeiro caso, resulta de uma tendência natural da atividade psíquica a orientar-se espontaneamente para as solicitações sensoriais e sensitivas ou "numa simples fixação espontânea dos fenômenos", sem que nisso intervenha um propósito consciente. A atenção voluntária é aquela que exige certo esforço, no sentido de orientar a atividade psíquica para determinado fim. Tem como finalidade a atividade psíquica, permitindo que as representações e os conceitos permaneçam maior ou menor tempo no campo da consciência. Admite-se, atualmente, que estas duas formas de atenção sejam manifestações de tendências afetivas. Bleuler, por exemplo, considera a atenção como uma das manifestações da afetividade.

A afetividade participa inegavelmente na direção da atenção voluntária. Entretanto, o grau de concentração da atenção sobre determinado objeto não depende apenas do interesse, mas do estado de ânimo e das condições gerais do psiquismo.

Bleuler destaca duas qualidades na atenção: a tenacidade e a vigilância. A tenacidade é a propriedade de manter a atenção orientada de modo permanente em determinado sentido. A vigilância é a possibilidade de desviar a atenção para um novo objeto, especialmente para um estímulo do meio exte-

rior. Essas duas qualidades da atenção se comportam, geralmente, de maneira antagônica.

Patologia

A atenção experimenta alterações em todos os transtornos mentais. Mesmo quando não existam alterações psíquicas evidentes, a atenção pode apresentar oscilações em diferentes momentos, pois uma série de fatores pode contribuir para modificar a sua eficácia dentro dos limites da normalidade.

As alterações da atenção desempenham importante papel no processo do conhecimento. Em geral, essas alterações são secundárias e decorrem de perturbações de outras funções das quais depende o funcionamento normal da atenção. A fadiga, os estados tóxicos e diversos estados patológicos determinam uma incapacidade de concentrar a atenção.

Os estados emocionais intensos podem alterar a capacidade de atenção, ora aumentando a sua intensidade, ora diminuindo a sua tenacidade, chegando mesmo ao ponto de suprimi-la. Sob a influência de determinados alimentos, de bebidas alcoólicas e de substâncias farmacológicas, a atenção pode experimentar alterações em seu rendimento, estimulando ou diminuindo sua eficiência.

Distração Chama-se *distração* a dois estados diferentes. Em primeiro lugar é uma incapacidade quase completa de fixar a atenção. Bleuler cita como exemplo a falta de tenacidade e a supervigilância observada no escolar, que desvia a todo instante a atenção de seus deveres para os mais simples ruídos do meio exterior. No segundo caso, trata-se de uma concentração muito forte em determinado assunto, que impede a apreensão de tudo aquilo que não se refere ao motivo particular de atenção: é a distração do sábio, do estudioso que se acha interessado vivamente por uma idéia ou por uma pesquisa científica. Os efeitos, nos dois casos, são idênticos, pois a consciência não focaliza, suficientemente, as impressões que a atingem. Outros autores denominam o primeiro caso de *distraibilidade*, incessante flutuação da atenção entre diversos objetos, quando se observa a diminuição da atenção voluntária e a conservação da espontânea.

Os praticantes de *ioga* obedecem a uma disciplina rigorosa e por meio de exercícios físicos e espirituais alcançam a supressão completa de todas as atividades mentais conscientes. Para tanto, observam os seguintes passos: abstenção, postura especial e domínio da respiração, introversão, contemplação e, por fim, concentração da atenção em um único objeto, o que, segundo eles, "leva o indivíduo ao contato com a realidade das coisas e ao verdadeiro conhecimento". Essa prática talvez conduza ao estado psicológico que Ribot chamou de "monoideísmo", uma forma de concentração da atenção em um só estado que "supõe a existência de uma idéia principal, que atrai tudo o que se refere a ela e nada mais", concentrando em seu benefício toda a atividade psíquica.

A possibilidade de o indivíduo concentrar a atenção em um único objeto, naquilo que para ele é fundamental em determinado momento, não é levada em consideração na vida prática. Torna-se impossível a uma pessoa prestar depoimento correto a respeito de fatos ocorridos em sua presença, quando a sua atenção está concentrada em assunto de maior interesse.

Exemplo — "*Ludwig estava num café, todo entregue a um jogo de cartas com amigos. Numa mesa próxima, mesmo em sua frente, começa uma briga que degenera numa cena de facadas. Diante do tribunal, pediu-se a Ludwig que dissesse qual dos homens da mesa ao lado sacou primeiro a faca. Como ele não soube responder, disse o juiz que o interrogava: 'Mas o senhor estava muito perto, e o acontecimento passou-se diante dos seus olhos — o senhor deve ter visto'. O juiz enganou-se. Fisiologicamente, os fatos podem ter sido reproduzidos na retina de Ludwig, e contudo ele não viu nada, no sentido de uma percepção consciente. A sua atenção, toda dirigida para o jogo de cartas, tornou-o literalmente cego para tudo o mais. E o juiz, furioso o censurou: 'Mas o senhor não estava dormindo'. Ludwig poderia ter respondido. 'Sim, estava dormindo! Para* tais *impressões eu encontrava-me num sono parcial, visto que a parte desperta da minha consciência se dedicava inteiramente a outras impressões e ações'* " (Stern).

O poder de atenção, no sentido de diminuir ou de abolir a consciência de uma percepção, reduzindo-a ou mesmo fazendo-a desaparecer, tem, neste exemplo, uma evidência incontestável.

Nas alterações da atenção, incluem-se:

Hiperprosexia Sante de Sanctis deu a denominação de *hiperprosexia* ao aumento quantitativo da atenção. Refere-se a uma superatividade da atenção espontânea. Caracteriza-se, essencialmente, por uma extrema habilidade da atenção, o que leva o indivíduo a atender, simultaneamente, às mais variadas impressões sensoriais, sem que fixe a atenção sobre um objeto determinado. No conceito de Bleuler, existe aqui uma supervigilância acompanhada de subtenacidade da atenção. É observada nos estados patológicos que se acompanham de excitação psicomotora.

Nas síndromes maníacas, os enfermos são levados a prestar atenção forçada aos diferentes estímulos sensoriais. Esta alteração da atenção involuntária é também observada nos transtornos mentais sintomáticos, em conseqüência de perturbação da consciência, em certas fases da embriaguez alcoólica, na esquizofrenia e em pacientes submetidos à ação de substâncias psicoestimulantes, como anfetamina, mescalina e LSD.

Hipoprosexia Consiste no enfraquecimento acentuado da atenção em todos os seus aspectos. É observada nos estados infecciosos acompanhados de obnubilação da consciência, na embriaguez alcoólica aguda, em casos de transtornos mentais tóxicos, na amência e em certas reações vivenciais anormais. Os estados depressivos sempre se acompanham de diminuição da capacidade de concentrar a atenção, particularmente nos quadros de depressão ansiosa, que podem chegar, em casos de estupor melancólico, a uma diminuição acentuada da capacidade de concentrar a atenção.

Em enfermos esquizofrênicos inibidos, a atenção pode estar polarizada para o mundo interno, dando ao examinador a impressão de desinteresse completo pelas ocorrências do mundo exterior.

Nos deficientes mentais também se observa déficit da capacidade de atenção, tanto mais acentuado quanto maior for o grau de deficiência mental, chegando, em alguns casos, à ausência completa de atenção.

Aprosexia É a falta absoluta de atenção, dependendo esse tipo de transtorno de acentuada deficiência intelectual ou de inibição cortical. Esse estado difere da insuficiente capacidade de concentração de origem afetiva e das manifestações de negativismo esquizofrênico. O sintoma foi descrito por Chavigny como seqüela da confusão mental de guerra. Observa-se a aprosexia na amência, no estupor e nos estados demenciais.

Valor semiológico

Transtornos mentais afetivos Nos estados maníacos, a atenção se caracteriza por uma exagerada distraibilidade. O enfermo não tem capacidade para concentrar a atenção em determinado objeto. A atenção é instável e dispersa, voltando-se a todo instante para os estímulos que a solicitam. Nas fases de leve excitação maníaca, ou nos estados hipomaníacos, os doentes percebem rapidamente tudo o que ocorre em torno de sua pessoa, inclusive o que carece de significação; entretanto, a atenção não pode manter-se em cada objeto senão durante um breve espaço de tempo, voltando-se imediatamente para novas impressões. A entrada de uma pessoa na enfermaria, uma pergunta dirigida a outro enfermo ou até mesmo um ruído casual da rua desvia a atenção do doente daquilo com que se ocupava.

Nos estados de depressão melancólica há lentidão e dificuldade de concentrar a atenção. Em certos doentes, porém, observa-se aumento da tenacidade da atenção, que se acha fortemente vinculada às suas desgraças imaginárias. De modo geral, nos melancólicos, há supertenacidade e subvigilância: dificilmente o enfermo desvia a atenção da idéia ou do objeto a que se refere o seu estado mental.

Exemplo — *Nair, 56 anos de idade, de cor branca, casada, professora de curso primário. Segundo informações do esposo, em março de 1973, poucos dias depois do falecimento da genitora, Nair começou a apresentar freqüentes crises depressivas, acompanhadas de inapetência, emagrecimento e insônia. Queixava-se de tristeza, angústia, desânimo e falta de disposição para fazer os serviços domésticos. O trabalho na escola também lhe perturbava por lhe trazer recordações muito intensas da mãe, que exercia a mesma profissão. A examinada afirma que não se conforma com a morte da mãe, guardando até hoje a imagem visual da mesma deitada no caixão e sonha freqüentemente com ela. Guardou a sua Bíblia como recordação, afirmando: ''Não devia ter feito isso, pois tenho a Bíblia como se fosse ela.'' O seu estado se agravou, conforme declarações do marido, quando a sua irmã se suicidou por enforcamento depois de duas tentativas por envenenamento malsucedidas. Tornou-se agressiva, agitada, adquiriu fobias diversas e passou a manifestar idéias deliróides de conteúdo persecutório e místico. Continuando as informações, o esposo esclarece que nessas ocasiões ''ela agia como se estivesse possessa, dizendo que uma voz estranha a incentivava a praticar homicídio e suicídio''. Em outras ocasiões, a paciente apresentava-se muito deprimida, sendo necessário esconder objetos com os quais pudesse atentar contra a vida, pois sempre estava falando que ia matar o esposo e se suicidar. A enferma relata que em 1977 surgiu a primeira idéia de suicídio, que poderia ser realizado com tesoura, faca ou martelo. Em certos momentos tinha medo de pôr em prática as suas idéias de auto-eliminação e, por isso, procurava ficar distante de tais objetos, a ponto de substituir a faca por uma colher para cortar os alimentos. A imagem da irmã pendurada por uma corda estava sempre presente em suas lembranças. Afirma que nos momentos de depressão se isolava no quarto, lá permanecendo deitada com a cabeça coberta para não ver nem falar com pessoa alguma, nem mesmo com o marido.*

No dia 12 de maio de 1977, informa o marido, encontrou-a no quintal, pendurada pelo pescoço numa corda amarrada em um galho de goiabeira, em estado inconsciente. A paciente esclareceu que, naquele dia, levantou cedo para tomar o medicamento (psicotrópico receitado pelo psiquiatra que lhe dá assistência), desistindo da idéia. Não sentiu vontade de se alimentar nem retornou à cama, voltando ao quarto apenas para apanhar o bloco para escrever uma carta ao marido e outra ao delegado, pois estava decidida a pôr fim à própria vida. Lembra-se, perfeitamente, de tudo o que fez até a hora do almoço. O que aconteceu depois, inclusive a tentativa de suicídio, lhe foi contado pelo marido há poucos dias.

O esposo acrescenta que, ao encontrar a paciente em estado inconsciente, levou-a para o pronto-socorro, de onde foi transferida para o Hospital de Base, onde passou quatro dias na U.T.I. Em seguida foi encaminhada a esta clínica, iniciando o primeiro tratamento mediante regime de internação.

Informa ao médico que, durante o ano de 1977, em certa ocasião em que se encontrava com o esposo na cozinha, escutou uma ''voz'' que lhe segredava ao ouvido.: ''Mata ele, mata ele, pois ele é o filho de Deus vivo.'' Nesse mesmo dia, à noite, a voz repetiu: ''Mata ele, mata ele dormindo.'' Foi nesse momento que pensou pela primeira vez em se matar.

A memória apresenta amnesia retroanterógrada, lacunar, relativa ao período que antecedeu e sucedeu, imediatamente, à tentativa de suicídio. Não se recorda dos fatos que se referem à tentativa de auto-eliminação, como sejam o planejamento, preparativos e execução. Orientada no tempo e no espaço.

A paciente vem apresentando já há alguns anos crises depressivas, que se caracterizam por tristeza imotivada, angústia, inibição da psicomotilidade, desânimo, desinteresse pela vida e, algumas vezes, irritabilidade. Atualmente, encontra-se deprimida, mantendo-se isolada, sem entrar em contato com ninguém, chorando muito, sem querer falar. Revela lentidão do pensamento e dificuldade de concentração. A sua atenção está fortemente vinculada à idéia de auto-eliminação, impossibilitando-a de prestar atenção aos

estímulos procedentes do mundo externo. Durante o dia, permanece deitada no leito, coberta com um lençol até a cabeça, para não ouvir nem falar com ninguém.

Esquizofrenia Nesta enfermidade, verifica-se um maior ou menor grau de insuficiência da atenção voluntária. Nesse caso, a alteração da atenção seria o resultado de perturbação da afetividade e da vontade. A esse respeito, Bleuler escreve: "A atenção ativa é, com freqüência, muito fraca, em conseqüência da falta de interesse. Isso se torna ainda mais chocante porque a atenção passiva, na maioria das vezes, não está afetada e surge mais intensa que em condições normais. Na maior parte dos casos, ao se ocuparem de coisas internas ou externas, os enfermos registram muito bem o que acontece em seu redor e podem utilizar o observado."

O elemento essencial seria o enfraquecimento da capacidade de concentração, enquanto a tenacidade é muito variável:

"Um esquizofrênico apático pode manter, durante parte do dia, a sua fraca atenção concentrada na contemplação de um fiapo que tem entre os dedos. Do mesmo modo, pode distrair-se com qualquer coisa sem importância, visto que, por assim dizer, nada lhe desperta interesse. Os enfermos não manifestam a mínima reação diante das perguntas ou de outros estímulos, porém, ao contrário, o fazem ao acaso ante as coisas mais inesperadas: o ruído do relógio, a entrada de uma pessoa na enfermaria, uma palavra dirigida a outra pessoa" (Bleuler).

Os hebefrênicos revelam grande dificuldade para concentrar a atenção e apresentam ainda notável diminuição da atenção voluntária devido à indiferença pelos acontecimentos do meio externo. Nos catatônicos, a atenção espontânea se acha comprometida, sendo muito difícil mobilizar a atenção voluntária do doente. Algumas vezes, pode-se observar uma verdadeira interceptação da atenção. Na demência paranóide, a atencão voluntária é deficiente e irregular. Em muitos casos, os enfermos mantêm a atenção fortemente concentrada em suas alucinações; em outros, sentem que são forçados a orientar a atenção para determinados acontecimentos do ambiente. Segundo Bleuler, nos paranóides, há uma "vigilância sistematizada", isto é, a tendência patológica para relacionar as ocorrências do meio externo com as suas concepções delirantes.

Exemplo — *Jairo, 19 anos de idade, de cor preta, solteiro, fotógrafo. Segundo informações da genitora, os sintomas da enfermidade tiveram início aos 17 anos. Na ocasião, queixava-se de que, na rua, os homens encaravam-no de modo especial. Isto significava: "ele é um veado". Começou a manifestar uma preocupação extravagante com as mulheres casadas. Fazia o possível para surpreender a intimidade dos casais. Às vezes, durante a noite, subia nos telhados das casas vizinhas, afastava algumas telhas, tentando ver o que se passava no interior dos quartos. A genitora recebeu várias queixas a respeito desses atos extravagantes, e talvez ele não tenha sofrido algumas represálias porque é muito conhecido no lugar onde reside. Certa vez chegou em casa com vários ferimentos pelo corpo. Interrogado, confessou que havia caído de cima de um muro, quando olhava para o interior de uma*

casa e foi surpreendido pelos moradores. Durante alguns meses queixou-se de cansaço e desânimo. De vez em quando era assaltado por idéias depressivas. Por exemplo, ao aproximar-se de casa, surgia o pensamento de que ia encontrar a mãe morta. Apressava o passo a fim de verificar se realmente isso havia acontecido. A comprovação da insensatez de tais idéias não contribuía para que, no dia seguinte, não surgissem os mesmos pensamentos. Estava distraído no trabalho quando, subitamente, pensava: "Será que a minha mãe está viva? Será que minha mãe está passando bem? Quem sabe se ela não morreu?"

Certa vez, à noite, estava assistindo a um filme quando sentiu uma coisa estranha. Começou a ficar frio, o corpo gelado, o coração batendo de maneira descompassada. Teve o pressentimento de que ia morrer naquele instante. Ficou apavorado. Saiu do cinema e tomou um café num bar das proximidades. Sentiu-se pior. Antes de chegar em casa, percebeu que a vista estava ficando escura e tinha a impressão de que o mundo ia acabar. Apressou o passo para chegar mais rapidamente em casa, pois desejava morrer junto de sua mãe. Deitou-se e pediu à genitora que o acudisse. Nesse momento sentiu um cheiro de vela acesa. Pensou: "Estou no fim e minha mãe acendeu uma vela para colocar em minhas mãos." Mais tarde, como continuasse a se sentir pior, foi levado ao pronto-socorro.

Depois de alguns dias, durante a noite, teve um pesadelo. Sonhou que estava andando pela rua e, quando passava em frente a um armazém, sentiu que ia morrer e caiu. Acordou completamente transtornado. A partir desse momento começou a perceber que as coisas estavam diferentes. Parecia que tinha a visão deformada, porque os objetos não eram mais os mesmos. Percebia que havia ocorrido uma transformação completa no ambiente. Os seus sentimentos em relação às pessoas também sofreram completa transformação. Não gosta mais da companheira, com quem vive há algum tempo. Quando ela se aproximava para lhe fazer um carinho, sentia de súbito um ódio profundo e tinha vontade de estrangulá-la. Ficou indiferente em relação aos amigos. Perdeu a afeição à genitora. Todos os seus sentimentos se apagaram de forma completa. O paciente tenta explicar essa transformação. "É como se eu tivesse dormido durante dez dias e, ao acordar, o mundo tivesse se transformado. Agora é um mundo de fantasia."

Seis dias depois de ter-se queixado do pesadelo, começou a dizer que todas as pessoas estavam mortas. Escutava uma voz que lhe dizia: "Você vai morrer. Você vai morrer. Não adianta você ficar escutando rádio, porque você já está morto." Andava muito impressionado, com desconfiança, admitindo que fizeram macumba contra ele e que lhe influenciam à distância. Perdeu completamente a confiança em si mesmo e começou a ficar medroso. Não saía mais sozinho à rua.

Desde a época em que teve o pesadelo, começou a perder a noção do tempo. Em alguns momentos não sabe calcular que horas são, ou em que parte do dia se encontra, se é de manhã ou de tarde. Tem a impressão de que perdeu a sensibilidade do lado esquerdo, pois só sente o lado direito. Em certos momentos tem o sentimento de que é forçado a pensar, como se ele tivesse obrigatoriamente de se entregar aos maus pensamentos. Ultimamen-

te, tinha a idéia de matar a genitora. Pensava que ia morrer e, por isso, achava que devia matá-la: "Era para morrer junto com ela." Este pensamento perseguia-o em todos os instantes.

Em alguns momentos era tomado por uma sensação de opressão torácica, respirava com dificuldade, agitava-se, soltava gemidos, lamentava-se, e a fisionomia adquiria uma expressão de intenso pavor. Informava então que sentia medo, um medo semelhante ao que sentira dentro do cinema.

Desde o seu ingresso na clínica, mantém um estado de ânimo intensamente angustioso, com inquietação e queixas de que tudo está mudado e que ele vai morrer. "Tenho medo, porque em certos momentos percebo que o mundo está-se acabando em minha frente."

Durante o exame, foi impossível fazer com que o enfermo prestasse atenção ao interrogatório clínico. Mostrava-se desinteressado pelas ocorrências do ambiente. Inesperadamente, levantou-se, foi até a janela do consultório, olhou para o pátio e retornou para o lugar onde se encontrava sentado. Em alguns momentos olhava para o médico, mas o seu olhar nada expressava, era como se estivesse ausente do mundo exterior. A concentração está como interceptada. Não há condições de mobilizar a sua atenção voluntária. Tudo nele lembra o que Minkowski chamou de "ruptura do contato vital com a realidade".

Epilepsia Na epilepsia, a atenção sofre a influência da perseveração revelando aumento da tenacidade. De modo geral, mostra-se diminuída em sua extensão, em virtude do círculo de interesses ser cada vez mais limitado. A tenacidade pode apresentar-se diminuída, principalmente quando o enfermo concentra a atenção num tema que se lhe apresenta em seguida. Quando se promove a variação rápida de temas de certa dificuldade, nota-se que a atenção se fatiga facilmente. Nos estados crepusculares a distraibilidade é exagerada.

Estado crepuscular epiléptico — *"Roberto sofre de crises convulsivas desde os 18 anos de idade. Atualmente tem 32 anos. No início da enfermidade, os acessos se apresentavam muito espaçados, mas, aos poucos, foram-se tornando mais freqüentes e, algumas vezes, já teve duas e três crises por dia. Desde ontem, apesar de não ter tido nenhum acesso, começou a se revelar um tanto confuso, falando de maneira incoerente e executando de forma repetida os mesmos movimentos.*

"Ao ingressar na clínica se encontrava inibido, sem condições de prestar informações a respeito de seus antecendentes pessoais e ignorando os motivos de sua internação. Leve obnubilação da consciência. Encontra-se desorientado no tempo e no lugar. Não soube prestar informações a respeito de sua profissão e do local onde trabalha. Mostramos-lhe a sua carteira profissional. Ele a segurou com uma das mãos, olhou para o retrato, tentou ler o nome do seu dono e nos devolveu sem nada informar.

"Revela-se fatigado e não conseguiu concentrar a atenção em nenhum dos objetos que lhe foram mostrados. Deu respostas extravagantes a perguntas simples.

"Encontra-se entorpecido, não sonolento, e fala numa linguagem lenta, arrastada, repetindo palavras, perseverando num sistema limitado de idéias, e, na maioria das vezes, as suas frases são incoerentes.

"Depois de alguns dias apresentava-se mais lúcido, orientado no tempo e no lugar, porém revelando estado de ânimo indiferente. Não se recorda dos acontecimentos dos últimos dias em que se encontrava em sua casa e dos primeiros dias nesta clínica.

"No sétimo dia da internação, apesar de sua melhora evidente, apresentou um acesso convulsivo generalizado."

Transtornos mentais orgânicos Nas perturbações mentais orgânicas de natureza demencial, verifica-se enfraquecimento global e progressivo de todas as funções intelectuais. Nesses casos, observa-se dificuldade de concentração, diminuição da extensão e fatigabilidade rápida da atenção. Diz Bleuler que, nos orgânicos, a atenção espontânea é alterada antes e mais intensamente do que a atenção voluntária. Por esse motivo, os enfermos costumam dar a impressão de que estão com a atenção bem conservada, quando, na enfermaria, não se orientam, não encontram seu leito, porque não compreendem o que ocorre em torno nem o que se refere à sua própria pessoa. Em tais casos, acrescenta o referido autor, a memória e a orientação podem estar relativamente conservadas, de sorte que o transtorno deve ser atribuído à atenção.

Exemplo — *Rosuel, com 58 anos de idade, de cor branca, desquitado, agricultor. Esteve na Escola Militar e na Escola de Aviação, porém não concluiu nenhum dos cursos. Tentou estudar agronomia, mas também não concluiu o curso. Retornou ao Ceará, aos 22 anos, e desde então dedicou-se a atividades agrícolas. Foi prefeito de sua cidade natal, concluindo o mandato com eficiência. Em fins de 1958, começou a apresentar sintomas de perturbação mental. Manifestou, inicialmente, esquecimento e alheamento dos problemas que necessitavam de solução imediata. Ele próprio queixava-se de esquecer tudo e projetava fazer exercícios de álgebra para recuperar a memória. Foi piorando de maneira progressiva. Em 1960, uniu-se a uma mulher de cor preta, de cuja ligação nasceu uma menina, que sofria de ataques convulsivos. Já por essa época a família notava que ele apresentava decadência dos príncipios éticos. Foi examinado por alguns clínicos, que sugeriram a consulta com especialista em moléstias nervosas. Em 1960, o irmão levou-o para São Paulo. Consultou vários médicos e esteve em tratamento, porém não apresentou melhora do seu estado mental. Passou quase três anos com o irmão, em Jacarepaguá. Em fevereiro de 1966, foi internado no sanatório da Tijuca, onde um especialista sugeriu que ele sofria de "doença de Pick".*

O paciente veio trazido para exame, andando com certa dificuldade e revelando, desde o início, precárias condições de higiene pessoal. As vestes hospitalares estavam sujas e mal compostas, exalando odor desagradável de urina. Permaneceu o tempo todo abotoando e desabotoando o pijama. Face inexpressiva, desatenta. Falava numa linguagem extremamente pobre, com dificuldade para pronunciar as palavras e com tendência a repetir as últimas sílabas das palavras. Redução acentuada da atividade intelectual. Não foi possível investigar a existência de alucinações. Achava-se completamente desorientado no tempo e no espaço. Identifica-se com dificuldade ou pelo menos revelou que apenas sabe o seu nome próprio, assim mesmo pronunciado

de maneira defeituosa. A fixação das ocorrências está prejudicada, bem como a rememoração, o que indica uma perturbação grave da memória. Dificuldade de concentração. A atenção fugidia revela impossibilidade para se fixar em qualquer estímulo do meio exterior. Humor indiferente. Empobrecimento afetivo acentuado. As funções volitivas estão prejudicadas. Mostra tendência à realização de atos estereotipados: esfregar as mãos, amassar bolinhas de barro entre os dedos. A conduta caracteriza-se pela ausência de iniciativa e espontaneidade. Atividade incessante e improdutiva. A linguagem está comprometida não só na expressão como na compreensão das palavras. Repetição de palavras e de frases vazias de conteúdo (demência pré-senil).

Deficiência mental Os diferentes graus de deficiência mental imprimem à vida psíquica de seus portadores características especiais, sempre de natureza deficitária, o que se evidencia, especialmente, durante a vida escolar. Em geral, a deficiência mental se torna manifesta pelo atraso geral na aprendizagem das tarefas intelectuais.

A criança portadora de deficiência mental revela-se incapaz de acompanhar a escolaridade dos meninos de sua idade. Nesses casos, a incapacidade de acompanhar o desenvolvimento do currículo do ensino primário representa um sinal de funcionamento intelectual inadequado. Esse dado é de tal modo significativo que Binet e Simon o adotaram como critério de diagnóstico de deficiência mental. Isto se deve ao comprometimento global da capacidade intelectual e, sobretudo, à dificuldade de concentração e instabilidade da atenção. Em todos os graus de deficiência mental a atenção é lenta e fatigável.

Transtornos mentais sintomáticos Nos estados confusionais, observa-se uma crescente dificuldade na percepção do mundo objetivo, com diminuição da atividade intelectual, diminuição essa que se acentua de maneira progressiva até atingir todas as formas de atividade psíquica. Uma espécie de véu espesso cai sobre a consciência: eis aqui os traços essenciais da obnubilação da consciência nas perturbações mentais sintomáticas. Dentro desse quadro sintomatológico, as alterações da atenção ocupam o primeiro plano. O interrogatório clínico não progride, em virtude da incapacidade revelada pelo enfermo para concentrar a atenção e responder às perguntas de modo adequado. É necessário repetir as palavras, pressionar, praticar uma verdadeira estimulação para conseguir que o olhar perdido ou apagado se volte para o interlocutor. Esta diminuição da atenção e da capacidade de concentração é característica; é o elemento essencial e não representa o resultado de distração, nem a conseqüência de concentração intelectual ou de polarização afetiva sobre uma idéia ou um sentimento prevalente. Ela se manifesta também por extenuação rápida das reações; quando o enfermo, em resultado de um grande esforço, consegue concentrar a atenção, ela não se mantém por muito tempo vinculada ao objeto.

Na obnubilação da consciência, a atenção do enfermo é vaga e capta o ambiente de maneira incompleta e inexata.

Na opinião de Walther Büel, o transtorno da atenção representa o sintoma obrigatório na obnubilação da consciência. "O indivíduo obnubilado, por

não dispor de capacidade de concentração suficiente, encontra-se à mercê de suas vivências, sem poder participar na configuração das mesmas."

Quadros neuróticos Habitualmente há fatigabilidade fácil da atenção e distraibilidade, principalmente na neurastenia. Os enfermos se queixam de que não podem concentrar a atenção, porque logo se sentem fatigados. Apesar de a capacidade intelectual se encontrar relativamente conservada, sobretudo no que se refere ao rendimento do pensamento, a alteração se concentra com maior intensidade na atenção, o que se reflete, secundariamente, na capacidade de fixação. "Quando se queixam de incapacidade para realizar um esforço intelectual determinado, não se deve pensar que se trata apenas de déficit volitivo, senão de uma espécie de hipotonia dos estratos biológicos" (Morsier).

No entanto, do que mais se queixam os pacientes é, justamente, de "fraqueza" da memória, o que significa, na realidade, uma certa dificuldade de fixar os acontecimentos, particularmente a fixação de assuntos lidos ou de temas de estudo. Ao serem submetidos a testes adequados, observa-se que existe oscilação no rendimento, ligada à fadiga da atenção e ao interesse.

Exemplo — *"Não consigo compreender as coisas que leio com uma simples leitura, ao primeiro golpe de vista. Então sou forçado a procurar idéias que facilitem a compreensão do texto, a interpretação do seu sentido. Para isso não basta apenas a vontade, senão que tenho de fazer um esforço para compreender a significação do texto. Quando estou melhor e o assunto não é difícil, encontro logo o significado sem nenhum esforço de minha parte. Se me encontro fatigado, então sou forçado a dar muitas voltas para compreender uma simples leitura. Nessas ocasiões, sinto dificuldade de concentrar a atenção. Por fim, algumas vezes, sinto-me tão pouco inteligente, que não encontro as idéias necessárias à explicação das coisas que não consigo entender. Estas mesmas dúvidas e dificuldades são resolvidas depois, sem esforço, quando me sinto melhor."*

8. Alterações da orientação

Introdução psicológica

Denomina-se orientação o complexo de funções psíquicas em virtude das quais temos consciência, em cada momento de nossa vida, da situação real em que nos encontramos.

A orientação se encontra intimamente ligada às noções de *espaço* e *tempo*.

O estudo dessas categorias filosóficas foi introduzido em psicopatologia por Karl Jaspers. Espaço e tempo representam, segundo Jaspers, as qualidades essenciais na estrutura da vivência. "Espaço e tempo, originários e inderiváveis, existem sempre na vivência psíquica tanto normal como patológica..." e "...só são reais para nós quando estão ocupados por alguma coisa." Quando se encontram vazios, possuem um traço básico comum de natureza quantitativa: dimensões, homogeneidade, continuidade e ilimitabilidade. "Ao serem *preenchidos*, tornam-se qualitativos. Embora um pertença ao outro, são radicalmente diferentes entre si; o espaço é multiformidade da mesma espécie; o tempo, um acontecer sem espaço. Ambos são o estado de diferenciação do ser, distanciado de si mesmo, o espaço, o contíguo, o tempo, o sucessivo."

Diz Jaspers que, na vivência, pode-se *abandonar*, em favor de uma vivência interior destituída de objeto, a espacialidade; o tempo, porém, permanece sempre presente. "Como espaço e tempo só existem realmente quando preenchidos, surge o problema sobre o que se deve considerar justamente como espaço e como tempo." Em *primeiro lugar*, diz Jaspers, é necessário distinguir o espaço assim como é percebido, de acordo com a orientação atual a partir do centro do próprio corpo em sua estrutura qualitativa: direita e esquerda, em cima e embaixo, perto e distante. Esse espaço é apreendido através dos movimentos, pelas impressões táteis, ou pelo olhar, que nos oferecem a verdadeira posição do nosso corpo no espaço. Em *segundo lugar*, o espaço intuitivo do mundo tridimensional em que nos movimentamos, no qual levo comigo constantemente meu espaço imediato de orientação. Em *terceiro lugar* o conhecimento do espaço até a matemática dos espaços não euclidianos, que são objetos não intuitivos de uma construção ideal.

É possível examinar a intuição do espaço segundo as avaliações de dimensão. "Na vivência espacial normal essas apreciações, no entanto, podem, ser defeituosas, segundo a função. O fenômeno do espaço em si mesmo é experimentado de maneira diferente, seja inconscientemente — e então só é comparável no efeito pela deficiência de rendimento —, seja conscientemente, de modo que o paciente nota e descreve a vivência espacial alterada de acordo com a sua concepção espacial normal recordada e ainda conservada."

Em época relativamente recente, as categorias tempo e espaço passaram a ser estudadas do ponto de vista psicológico e sociológico, o que contribuiu para a aquisição de conhecimentos de grande importância para a psicologia do patológico. Esses estudos revelaram, principalmente, a significação do *espaço pessoal* e do *tempo vivido*.

O *espaço pessoal* refere-se a uma área cujos limites não são definidos de maneira precisa, mas todos nós, subjetivamente, pressentimos a sua existência. Ninguém aceita de bom grado a invasão do seu espaço pessoal. Mas, no que se refere à sua delimitação, existem influências de natureza social, cultural e relacionadas com o próprio temperamento da pessoa. Dizem que os ingleses necessitam ou exigem, nas relações interpessoais, distâncias maiores do que os sul-americanos. Deve-se levar em conta que o espaço pessoal é estabelecido a partir de interações pessoais. Admite-se que há muita semelhança entre espaço pessoal e distância individual. Indiscutivelmente, existem regras não claramente definidas, porém muito rígidas com referência à distância pessoal. Trata-se de problemas relacionados intimamente com as classes sociais. Exemplo: se alguns pintores estão trabalhando em uma residência luxuosa, de pessoal de classe muito diferenciada, embora circulem pelo ambiente, conversem com as pessoas da casa e recebam orientação em suas tarefas, a distância pessoal é mantida de maneira a mais rigorosa. Não se estabelecem aproximações, nem intimidade, mesmo quando se trata de pessoas conhecidas e merecedoras de confiança. Neste exemplo, a distância individual está bastante afastada do espaço pessoal, pois, por alguns momentos, todos participam do mesmo ambiente, do mesmo espaço, mas as distâncias sociais não são esquecidas.

A violação da distância individual representa a violação das leis sociais e, conseqüentemente, constitui a invasão do espaço pessoal ou uma intrusão nas fronteiras do eu individual.

Quando existe apenas uma pessoa dentro de determinado espaço, a distância individual é quase infinita, pois não há limites com o espaço pessoal de outro indivíduo.

As pessoas não toleram sem um certo grau de ansiedade a invasão do seu espaço pessoal.

O hospital psiquiátrico se tornou uma instituição condenada justamente porque os pacientes não dispõem de espaço pessoal.

O primeiro ato de degradação no hospital psiquiátrico é a perda da identidade. O próprio ato de internação já representa uma violação da distância individual. Os enfermos se queixam de que o seu espaço pessoal é a todo instante invadido por enfermeiras, auxiliares acadêmicos e médicos, que não têm o menor respeito pela individualidade dos pacientes.

Normalmente, o ato da internação supõe já o passo definitivo mediante o qual a sociedade repudia um dos seus membros e o coloca em mãos do psiquiatra. Nessas condições, o denominado "louco" não retornará à sociedade enquanto não for considerado adaptado às normas vigentes. Por isso mesmo, o hospital psiquiátrico sempre inspirou temor em decorrência não só das restrições impostas, mas, sobretudo, por causa dos portões fechados a cadeados, que isolam o paciente da sociedade.

A perda da identidade e do espaço pessoal não constitui algo exclusivo do hospital psiquiátrico, mas representa uma espécie de regra geral em todas as "instituições totalitárias", como bem demonstrou Goffman.

Estudando a maneira como os doentes mentais vivenciam suas relações com o ambiente hospitalar, Erving Goffman apresentou uma interpretação correta da vida no hospital, situando a prática psiquiátrica cotidiana no quadro das "instituições totalitárias". Refere o citado autor: "Uma instituição totalitária pode ser definida como um lugar de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos em idêntica situação, isolados da sociedade por um período relativamente longo, compartem em sua reclusão uma rotina diária, administrada formalmente. Os cárceres servem como exemplo típico, porém deve-se advertir que outras instituições, cujos membros não fraudaram nenhuma lei, têm o mesmo caráter intrinseco de prisão."

Goffman classifica em cinco grupos as instituições totalitárias encontradas em nossa sociedade, entre as quais inclui o hospital psiquiátrico ao lado dos leprosários e sanatórios de tuberculosos, "estabelecimentos cuja função é tomar a cargo as pessoas julgadas incapazes de manter a si próprias e consideradas perigosas para a comunidade, mesmo quando esta nocividade é involuntária". Desse modo, Goffman pôde distinguir a patologia individual da patologia induzida pelo meio social. "Nesse meio fechado, prisioneiro de sua herança histórica, duas patologias antagônicas se intercambiam mutuamente; pelo que lhe resta de consciência de sua liberdade, o internado se defronta com o médico e a instituição carcerária em um combate freqüentemente injusto mas necessário, pois ele representa a sua única defesa contra a alienação asilar. Mas, por esse fato mesmo, ele, o doente, prescinde do melhor recurso contra sua alienação privada — a confiança não menos necessária para com o terapeuta e a instituição terapêutica" (Castel).

Kurt Lewin chamou de *espaço vital* ao conjunto constituído pela pessoa e seu ambiente. Refere que, "neste espaço situam-se as variáveis psicológicas interdependentes, capazes de determinar o comportamento do indivíduo num momento dado". Limitando-se ao estudo do indivíduo em seu espaço vital, Lewin admite que, para explicar uma situação psicológica concreta são dispensáveis as predições longínquas, uma vez que as situações podem ser influenciadas, a todo instante, pelos acontecimentos imprevisíveis do mundo exterior.

O tempo Ao estudar os problemas relacionados com a vivência do tempo, Jaspers faz estas considerações preliminares:

"1.º) O *saber sobre o tempo* — Refere-se ao tempo objetivo e ao rendimento na avaliação correta ou falsa dos períodos de tempo e, além disso, à apreensão correta ou falsa da essência do tempo.

2.º) *Vivência do tempo* — A vivência subjetiva do tempo não é uma avaliação particular do tempo, senão uma consciência total do tempo, para a qual o modo de avaliar o tempo pode ser apenas uma característica entre as demais.

3.º) *Tratar o tempo* — O homem deve tratar a situação básica da temporalidade da mesma maneira como se comporta para com o tempo na espera, no amadurecimento da decisão, a seguir na consciência biográfica total de seu passado e de toda a sua vida.''

Além destas questões, Jaspers destaca ainda o problema *biológico* ''sobre o processo temporal da vida e também da vida psíquica''. Acrescenta: ''Toda forma de vida possui o tempo correspondente à sua espécie, à duração de sua vida, à periodicidade da sua curva vital. Esse tempo vital é tempo objetivo, biológico, determinado qualitativamente''. Diz ainda que ''*o saber sobre o tempo* (e a orientação atual no tempo) tem lugar na base da vivência do tempo, porém não é a vivência do tempo. A consciência do transcurso do tempo é uma *vivência de continuidade originária*. A vivência do tempo é, além disso, uma vivência de estar dirigido para, de um devir onde a consciência do presente, como realidade, está entre o passado como recordação e o futuro como projeto. Finalmente, existe ainda a vivência temporal da ausência de tempo do ser como eterno presente, como superação do devir''.

A análise fenomenológica da consciência íntima do tempo revela que os momentos do tempo se diferenciam entre si em virtude das diferenças existentes entre os atos intencionais do momento. Desse modo admite-se que a consciência encontra-se sempre presente e que os seus vários momentos correspondem ao presente do futuro, ao presente do presente e ao presente do passado. Nos atos intencionais distinguem-se, portanto, três momentos: a intenção atual da coisa na percepção, protensão na expectativa, na antecipação, retenção na manutenção do passado imediato que funda a recordação e a rememoração. Os três atos de uma só consciência são denominados ''presente vivido''.

O presente se atualiza pela produção contínua de aspectos, de correlações do juízo, de aperfeiçoamento da evidência. ''Esta produção de incessantes modificações é o próprio tempo, e a análise faz sobressair, por exemplo, a continuidade dos modos pelos quais surge o som presente, antecipado, apercebido, retido, ressoando ainda com os sons que seguem. É, portanto, no sentido muito preciso da atividade contínua, de produção, que o presente é apreendido como presente vivido'' (Christoss). O presente constitui por si mesmo o próprio tempo.

Diz Daniel Christoss, que ''a concepção do presente como temporalidade temporalizante corresponde ao presente pré-empírico, mas a consciência última, o ato que procura o *ego* puro é intemporal, não como ato eterno, mas como intenção que não é, em si mesma, nem permanente nem sucessiva''.

Em relação ao passado, concebe-se a existência de um passado imediato, mantido na consciência presente pela retenção; é uma espécie de presente fugidio. Este presente que se desvanece já é passado, não é mais considerado como presente. Faz-se ainda a distinção entre a retenção do passado imediato, contínuo, e a rememoração: o objeto da rememoração é um presente passado, constituído por expectativa, por retenção, e a rememoração é, em si mesma, fundada na retenção derivada da percepção do presente. No primeiro caso, trata-se da consciência do tempo presente, vivo e fluente, e, no segundo, da restituição do passado, da representificação.

O estudo fenomenológico do futuro mostra que, do mesmo modo que o passado, o futuro está contido na atualidade da vivência. ''Todo presente vivido é antecipação do futuro'' (Lersch). De fato, isto é verdadeiro na medida em que cada momento da vida anímica está entrelaçado pela dinâmica e a temática da tendência que se dirige para a realização de um estado ainda não existente e que constitui uma constante na direção e configuração da vida. Assim, conclui Lersch, a vivência presente implica sempre um prelúdio, uma busca antecipada.

A vida humana transcorre numa sucessão de momentos que integram, a todo instante, uma síntese do presente, do passado e do futuro.

A orientação depende especialmente da percepção e tem como funções auxiliares a memória e a atenção. Para que se possa manter uma boa orientação, é indispensável o funcionamento normal dos aparelhos sensoriais e a percepção correta de uma série de sensações cenestésicas que, em seu conjunto, nos dão uma noção geral de nossa própria personalidade.

Distinguem-se, geralmente, quatro tipos de orientação: a orientação no tempo e no espaço, e a orientação relativa à própria pessoa e ao ambiente.

Orientação no tempo e no espaço

A orientação no tempo e no espaço depende estritamente da percepção, da memória e da contínua elaboração psíquica dos acontecimentos. É através da memória que se forma a ligação entre o momento presente e o passado, estabelecendo-se a noção exata do tempo ou da época em que nos encontramos. Do mesmo modo, a orientação no espaço está na dependência direta da memória. É com a ajuda dos processos mnêmicos que se podem reconhecer as particularidades do ambiente em que nos encontramos em determinado momento. Deve-se atribuir à percepção uma parte essencial para a orientação no lugar.

Wernicke chamou de alopsíquica a orientação no tempo e no espaço.

Orientação relativa à própria pessoa e ao ambiente

O indivíduo que se encontra em condições psíquicas normais pode, a qualquer momento, identificar-se, saber perfeitamente onde se encontra, o dia, o mês e o ano em que se acha e qual a sua situação em relação ao ambiente. Wernicke deu a esse tipo de orientação o nome de autopsíquica. Tanto a orientação alopsíquica quanto a autopsíquica nos oferecem indicações muito precisas sobre o estado global do psiquismo do paciente. A noção de espaço, de tempo, da própria personalidade e de suas relações com o ambiente constitui algo de elementar e, ao mesmo tempo, representa uma síntese de vários fatores isolados. Por essa razão, é necessário salientar, também neste ponto, que a orientação não consiste numa função psíquica isolada, ao contrário, o seu estado normal é o reflexo de que outras funções, das quais depende diretamente, se acham em plena normalidade.

Patologia

Nas alterações da orientação, estudam-se a desorientação *auto* e *alopsíquica* e as falsas noções sobre a enfermidade e sobre as relações do enfermo com as demais pessoas do ambiente. Essas alterações dependem estritamente do tipo de perturbação das funções psíquicas a que se acham subordinadas a orientação no tempo, a orientação no espaço e a orientação referente à própria personalidade. Eis o motivo pelo qual não se podem considerar as alterações da orientação como sintomas autônomos, senão como conseqüência da confluência de vários fatores patológicos agindo em cada caso isolado. Levando em consideração esses fatos, Kraepelin fez a distinção de três tipos de desorientação, segundo as mesmas estivessem na dependência de alterações da percepção, da memória ou da formação dos juízos.

As alterações da orientação podem manifestar-se de modo global ou atingir, preferentemente, apenas uma das facetas da orientação. É, por exemplo, o que acontece no *delirium tremens*, em que se observa uma orientação autopsíquica conservada, ao lado da mais completa desorientação no tempo, no espaço e nas relações do enfermo com o ambiente.

Em geral, nos doentes mentais, verifica-se que, em primeiro lugar, há perda da orientação no tempo, depois no espaço e, por último, em relação à própria pessoa.

Estudam-se os seguintes tipos de desorientação:

Desorientação apática Embora o paciente esteja completamente lúcido e perceba com clareza e nitidez sensorial o que se passa no mundo exterior, existe falta de interesse, inibição psíquica ou insuficiente energia psíquica para a elaboração das percepções e do raciocínio. O enfermo percebe todas as particularidades do ambiente, mas não tem capacidade para formar um juízo sobre a própria situação.

Exemplo — *J. T. P., 22 anos de idade, guarda-civil. Não foi possível obter do paciente nenhum dado por meio da anamnese. Sabemos apenas que adoeceu, recentemente, de icterícia. Apresenta-se apático, indiferente, inafetivo. Revela maneirismos, atitudes estereotipadas, estereotipias gráficas e confusão verbal. Amnesia parcial anterógrada e amnesia total retrógrada, paramnesia. Completamente desorientado no espaço, no tempo e em relação às pessoas do ambiente. Lentidão do curso do pensamento, incoerência. Delírio erótico por uma noiva com quem pretendia viajar para o Japão: por condensação de boda-Buda-Japão. Daí sua insistência em ir a esse país e as reminiscências japonesas em seus desenhos, com os quais talvez pretenda indicar a vontade de satisfazer os seus anseios amorosos.''*

Desorientação amnéstica As perturbações da memória, que se acompanham de deficiência ou incapacidade de fixação, determinam o aparecimento de desorientação no tempo e no espaço, à qual Kraepelin denominou ''desorientação amnéstica''. Caracteriza-se pela incapacidade que o enfermo demonstra para fixar os acontecimentos e, conseqüentemente, para orientar-se no tempo, no espaço e em suas relações com as pessoas do ambiente.

Exemplo — *''J. B., 72 anos de idade. Há vários dias vem apresentando alterações do comportamento. Fala a respeito de operações; refere ter visto homens com vestes negras, moscas, escaravelhos, que procura espantar. Revela angústia, tremor nas mãos e pede que o livrem de tais animais. Revolve os cabelos, esconde-se embaixo da cama, cobre a cabeça com a colcha. Encontra-se desorientado no tempo, no espaço e em relação à própria pessoa. Não tem capacidade para fixar as ocorrências cotidianas. A atenção é fugidia e revela perseveração.''*

Desorientação amencial Os casos de obnubilação da consciência acompanham-se de dificuldades da compreensão e, por conseqüência, de alterações da síntese perceptiva. As alucinações e a impressão das percepções, observadas nesses casos, influem também no aparecimento da desorientação amencial — perturbação da orientação observada em sua forma característica no *delirium de abstinência alcoólica* —, onde se verificam alucinações e transtornos da compreensão que dificultam a orientação.

Exemplo — *''José Aparecido, com 38 anos de idade, casado, mestre-de-obras, aposentado em virtude de freqüentes internações motivadas pelos excessos alcoólicos. Internado durante a noite, quando apresentava intensa inquietação psicomotora. Pela manhã, ao ser examinado, revelou obnubilação da consciência e alucinações visuais. Passava as mãos por cima da mesa, recolhia alguma coisa, mostrava-a ao médico algo inexistente em suas mãos e atirava-a para longe. Segundo informações da enfermagem, durante a noite manteve o estado de excitação e, ao ser medicado, tentou agredir o enfermeiro. Gritava sem cessar e, quando o enfermeiro se aproximou para aplicar-lhe uma injeção, correu entre os leitos da enfermaria e tentou abrir a porta. Forneceu ao médico o seu nome e a sua idade de maneira correta, no entanto, encontra-se desorientado no tempo, no espaço e em suas relações com as pessoas do ambiente. Delírio ocupacional. Sugestibilidade. Leu uma carta em papel em branco que lhe foi entregue e admitiu que estava em sua casa. Informou ao médico que, durante a noite, os 'cães ladravam' e ouviu 'os passos dos soldados' que se aproximavam para prendê-lo. O conjunto do quadro clínico deixa a impressão de encontrar-se em estado de onirismo. Nos dias seguintes, manteve-se o estado de ânimo ligeiramente eufórico. Disse que se encontrava na clínica porque havia bebido muito e que, de agora em diante, vai abandonar as bebidas. Admite que está enfermo, mas ignora como foi trazido para a clínica. Esclareceu que ouviu 'estampidos e toques de campainhas'. Não se recorda de ter agredido a sua esposa* (Delirium tremens).''

Desorientação delirante Apesar da completa lucidez da consciência, conservação da orientação e inexistência de alterações sensoperceptivas, observa-se em alguns enfermos mentais um tipo de desorientação, resultado da adulteração da situação no tempo e no espaço. Nesses casos, é muito freqüente observar uma *dupla orientação*, a delirante ao lado da orientação normal, de sorte que os doentes, embora orientados no tempo e no espaço, acreditam que se encontram numa prisão ou no inferno.

Exemplo — *"Comecei a perceber que era outra pessoa e a ter desconfiança de mim mesmo. Notava que perdia as forças, tornava-me pálido e tinha o sentimento de que não era o mesmo: havia perdido a iniciativa e o interesse pelas coisas. Não sabia o que se passava dentro de mim e que me tornava diferente; as ruas não eram como antes; ouvia cantar as andorinhas durante a noite e me parecia que cantavam dentro de minha cabeça. Subitamente mudou a minha maneira de ser e de tímido me tornei insolente, cínico; sem perder o juízo, fiquei completamente louco, pois recebo a ajuda de Deus, apesar de não desejar a Sua ajuda. Parece que me transformei, pois não vejo as coisas como antes: agora as vejo de dentro e, antes, do lado de fora. Encontro-me mudado, tenho a impressão de que o meu sangue e as minhas veias desapareceram. Não me encontro como antes. Quando vou a algum lugar penso que as coisas estão às avessas. Estou muito diferente do que antes, tenho infiltrado o espírito de Deus. Perdi a cabeça e só tenho o coração. Estou mudado, estou apavorado ao ver um ser semelhante a mim e que não sou eu. Falo eu, porém vejo que não sou eu. Não sei onde me encontro. Talvez esteja aqui mesmo e, ao mesmo tempo, em um lugar desconhecido."*

Desdobramento da personalidade Os casos de desdobramento da personalidade, citados na literatura médica, despertaram, em certa época, grande interesse, chegando-se a admitir a possibilidade de apresentação alternativa, num mesmo indivíduo, de duas personalidades, em que a primeira ignorava completamente a existência da segunda. Esse fato tem sido objeto de vários trabalhos literários e, há poucos anos, serviu de motivo de um filme cinematográfico. A investigação científica do assunto mostrou a falta de consistência de tais observações. O próprio Janet, que estudou particularmente casos de desdobramento da personalidade, chegou à conclusão de que não é fácil encontrar um caso nos moldes como foram descritos em sua época. Tais casos são hoje considerados como dependentes de sugestão, tratando-se em geral de indivíduos histéricos, e não têm a importância psiquiátrica que lhes era emprestada no passado.

Despersonalização Em alguns casos de reações afetivas muito intensas ou de súbitas variações do humor, em casos de acessos febris e nas intoxicações pelas drogas psicodislépticas, pode ser observado um estado mental particular, de natureza paroxística e momentânea ou podendo ter uma longa duração, conhecido com o nome de *despersonalização*. Caracteriza-se por um inconcebível e inexplicável sentimento de estranheza que, inicialmente relacionado com o meio exterior, se estende progressivamente à própria personalidade. O paciente assiste como um espectador indiferente e inerte ao desenrolar de sua vida psíquica, como se tudo aquilo não estivesse relacionado com sua própria pessoa. Conserva um invencível estado de apatia. As percepções, as idéias, assim como os atos que porventura realize lhe são completamente estranhos.

Exemplo de Morselli — Despersonalização pela mescalina.

"Na auto-experiência com doses elevadas comprovei alterações relativas ao sentido da realidade e da consciência do eu, que se aproximavam da perda do sentimento de identidade pessoal. Ao lado dos fenômenos de despersonalização surgiam também sintomas de caráter positivo, que conduziam ao fenômeno de licantropia. Após a fase aguda surgiu um delírio primário no sentido de Jaspers. Transcrevo alguns trechos dos protocolos registrados durante a experiência:

"Seis horas após a ingestão de 0,5 g de mescalina: a transformação do meu eu se torna cada vez mais definida, tenho a impressão de que ao lado de minha personalidade se desenvolve outra que assume pouco a pouco o papel daquela. Desejaria defender-me diante dos irrefreáveis impulsos que se desenvolvem em mim e que percebo completamente estranhos ao meu essencial modo de ser. Contemplo-me num espelho: meu rosto me assusta e me inspira uma curiosa piedade a imagem refletida no espelho — tenho de esforçar-me para acreditar que se trata da minha imagem — contemplo o símbolo de uma humanidade esgotada e enferma. Sinto impressões completamente extraordinárias, para as quais não posso encontrar nenhuma expressão que corresponda a elas: em primeiro plano está a impressão de perder-me a mim mesmo, como se minha personalidade se afastasse cada vez mais e se tornasse cada vez mais obscura; o mundo exterior dos objetos e das pessoas adquire um aspecto hostil, monstruosamente animado. Parece-me como se um ciclone fosse aniquilar-me de um momento para outro e como se em meu interior fosse abrir-se um abismo. Durante a introspecção, meu espírito me sugere a idéia de uma paisagem destruída por um terremoto, cuja destruição definitiva estivesse próxima. De momento em momento surge em mim outra consciência. Pouco a pouco se desenvolve em mim um sentimento fundamental e novo, que desempenhou um papel essencial até o desaparecimento do efeito do tóxico: trata-se do sentimento de que um monstro de cor amarela vai surgir em mim a qualquer instante. Em determinado momento, o pronunciar meu nome em voz alta não tem para mim nenhum sentido: 'Morselli', grito 'Quem é Morselli?' Tenho de realizar múltiplos esforços de vontade, procuro reunir todas as correntes afetivas de meu ser para livrar-me do caos das superestruturas mórbidas e conservar em mim o conceito de que sou Morselli e não outra pessoa. A lembrança das pessoas que estão próximas surge agora como um longínquo e irreal resplendor. Algo espantosamente selvagem vai desencadear-se em mim e considero estranho que esta 'intuição introspectiva se associe com a imagem da cor amarela. A sensação de impulsos contraditórios, de desdobramento, de forças estranhas que estão me dominando se torna cada vez mais acentuada. Muito tempo depois, quando me encontrava na clínica neurológica e sob o controle dos colegas, ainda permanecia em minha consciência a impressão de ter surgido de uma nova personalidade."

Valor semiológico

Transtornos mentais sintomáticos Em todos os casos de transtornos mentais sintomáticos, que se acompanham de delírio oniróide, e nos estados crepusculares, observa-se desorientação alopsíquica e, freqüentemente, desorientação autopsíquica. O grau de deso-

rientação desses enfermos varia com a intensidade da obnubilação da consciência. De modo geral, o doente está desorientado no tempo e no espaço. Desconhece por completo o lugar e as pessoas que se encontram em sua presença. Não tem capacidade para identificar os objetos que se lhe apresentam e comete erros quando tenta identificá-los. O enfermo não sabe dizer a sua idade, a data do dia, mês e ano, confunde as diferentes fases do dia e não se recorda do que fez durante a noite e no dia anterior. Há confusão entre os planos da realidade objetiva e o mundo subjetivo.

Exemplo clínico — *"Wanda, 56 anos de idade, casada. Encontrava-se perfeitamente bem, quando adoeceu de modo agudo com febre alta, até 39,9°, sensação geral de mal-estar, dores de cabeça, rigidez da nuca e sonolência. No vigésimio dia de sua internação na clínica, o médico a encontra sentada no leito, de óculos e com algumas revistas ilustradas, as quais olha de vez em quando durante todo o tempo da exploração. Deixa as revistas de lado, apanha-as novamente, folheando-as ao acaso, ao tempo em que lê algumas linhas sem prestar muita atenção. Lê em voz baixa e titubeante. Sabe que está internada e ao ser perguntada há quantos dias se encontra na clínica, diz que há 14. Não sabe onde mora. — "Tem filhos?" A princípio esboça um gesto negativo com a cabeça e em continuação diz: "Meu filho sempre me apanhava tudo." Por várias vezes o médico se dirige a ela chamando-a pelo nome e ao ser perguntada como se chama, respondeu: "Sim, como me chamo? Agora não sei, porque sempre tive de me orientar pelo que vem. Agora não posso dizer como me chamo", e ri discretamente. Ao julgar por algumas observações soltas que faz a propósito dos membros de sua família, pode-se deduzir que, de qualquer modo, possui noção sobre a sua identidade, porém não a pode expressar por palavras. A dificuldade de encontrar as palavras se manifesta também quando são apresentadas estampas com desenhos de animais e se pede que os designe pelo nome. Após lançar um olhar sobre os desenhos, procura examinar o lado oposto do cartão, não dá resposta alguma ou uma resposta equivocada, que muitas vezes não tem nada a ver com o desenho. O examinador propõe diversas palavras, entre elas "pinha", porém depois de poucos segundos não presta a menor atenção e a prova não pode ser continuada. Emprega a todo instante a palavra "coisa". A pressão do l. c. r. era a princípio de 310 mm de água; o conteúdo de albumina se encontrava elevado, as frações protéicas revelaram predomínio de albumina, as curvas coloidais eram normais, o número de células de 593/3. Fundo de olho, normal. Durante as semanas seguintes o número de células caiu paulatinamente até a cifra aproximada de 100/3, enquanto as curvas coloidais se tornaram intensamente patológicas e do tipo chamado parenquimatoso. Durante muitos dias teve de ser alimentada, porém apresentava incontinência esfincteriana. Dezenove dias depois do começo da moléstia, a enferma pareceu despertar lentamente, dando de vez em quando respostas lentas ao que lhe era perguntado.*

Diagnóstico — Encefalite a vírus. Reação de tipo exógeno aguda com obnubilação da consciência, incapacidade de concentração e perda da orientação no tempo, no espaço e em relação à própria pessoa e ao ambiente" (Bash).

Delirium de abstinência alcoólica

No delirium de abstinência alcoólica, o paciente apresenta uma orientação falsa em relação ao tempo e ao espaço, mas conserva-se bem orientado quanto à própria pessoa. Nesses casos, não é possível sugestionar o doente no sentido de sua identidade, enquanto ele se revela muito influenciável a respeito da situação e, mesmo sem sugestão, pode admitir que se encontra em seu local de trabalho e executar os atos habituais de sua profissão. A desorientação alopsíquica é uma conseqüência de falsas percepções, de alucinações e vivências oníricas ligadas à obnubilação da consciência, o que determina a fabulação delirante.

Exemplo clínico — *"O paciente alarmou os seus familiares com a suposição de que havia um homem em sua casa, que se encontrava na companhia de sua esposa. Durante o seu transporte para a clínica falou sobre um avião que sobrevoava a sua residência, sobre homens escondidos na garagem e admitiu que estava sendo conduzido para a Delegacia de Polícia. Ao ingressar na clínica, revelava-se eufórico e orientado em relação à própria pessoa, porém desorientado no tempo e no espaço. De vez em quando se mostrava angustiado. Respondeu ao médico de maneira correta. Admitiu que se encontrava na Pousada. Não se revelou sugestionável quanto a suas alucinações. Incoerência manifesta. Tremores generalizados. No dia seguinte ainda se apresentava completamente desorientado. Negou ter feito uso de bebidas alcoólicas. Informou que a sua esposa se encontrava há oito dias internada numa clínica psiquiátrica."*

Síndrome de Korsakov

Nesta enfermidade, a orientação alopsíquica se acha profundamente alterada. Em conseqüência dos transtornos da memória, existe uma desorientação amnéstica, especialmente cronológica no tempo, embora os pacientes conservem relativa orientação no meio em que se encontrem. A orientação auto-psíquica está conservada.

Transtornos mentais orgânicos

Os enfermos perdem progressivamente a orientação alopsíquica. No início, apenas durante a noite e por breves espaços de tempo; mais tarde, desorientam-se também durante o dia. À medida que a demência se vai agravando, os doentes perdem completamente a orientação no tempo e no espaço, chegando, nos casos avançados, a perder a orientação autopsíquica. Aqui observa-se em sua forma completa e desorientação amnéstica, caracterizada pela incapacidade do doente de saber a data de sua internação, o dia, o mês e o ano em que se encontra. Ao enfermo falta o "relógio interior", segundo a sugestiva expressão de Hoche.

A desorientação amnéstica é própria dos dementes senis, nos quais resulta de alteração profunda de fixação, de perturbações da compreensão e do raciocínio.

Exemplo clínico — *Luiz, com 60 anos de idade, de cor parda, natural do Estado de Pernambuco, solteiro, eletricista. Ao ser examinado na Seção, o paciente manteve diante do médico uma atitude parada, a fisionomia inexpressiva, revelando-se completamente indiferente às ocorrências do ambien-*

te. Quando interrogado, responde com lentidão, demonstrando não compreender o sentido das palavras que lhe são dirigidas. Não se identifica e, em relação ao seu nome, lembra-se apenas de que se chama Luiz. Redução global da memória, que se mostra comprometida tanto em sua capacidade de fixação quanto na evocação das lembranças. Revela acentuada redução dos processos intelectuais, especialmente do raciocínio, que denota uma extrema pobreza. Acha-se desorientado no tempo, no espaço e em suas relações com as pessoas do ambiente. Não tem noção da enfermidade. Humor indiferente. Apatia. Ausência completa de iniciativa. A linguagem está perturbada tanto na expressão quanto na compreensão das palavras. Não perdeu por completo a capacidade para falar, mas o que resta da linguagem funciona como um aparelho vazio. O pneumoencefalograma, realizado pelo Dr. Paulo Niemeyer, demonstrou a existência de atrofia cortical difusa.

Esquizofrenia Os hebefrênicos podem estar perfeitamente orientados no tempo e no espaço, mas demonstram certa desorientação em relação ao pessoal do meio hospitalar. Nos catatônicos, a orientação no tempo, no espaço e em suas relações com as pessoas do ambiente se ressente das alterações da memória, da atenção e da falta de interesse pelas ocorrências do mundo exterior. Kraepelin descreveu sob a denominação de *desorientação apática* um estado especial em que o esquizofrênico está impossibilitado de perceber a significação do que vê e ouve, permanecendo durante semanas inteiras sem manifestar nenhuma preocupação sobre o lugar onde se encontra e quais são as pessoas que o cercam, ou há quanto tempo se acha internado no hospital. Os esquizofrênicos paranóides se mantêm bem orientados no tempo e no espaço, mas estão desorientados em relação à própria situação. Em alguns casos, pode-se observar uma dupla orientação, mantendo o enfermo, ao lado da orientação correta, uma outra de caráter delirante; por exemplo, o meio onde se acha o doente é um hospital e ao mesmo tempo uma prisão.

Em todas as formas clínicas da esquizofrenia, os doentes não têm consciência da própria situação e não revelam nenhuma noção de enfermidade.

Transtornos mentais afetivos De modo geral, os enfermos mantêm boa orientação auto e alopsíquica, muito embora, em determinados casos de excitação maníaca, com manifestações de fuga de idéias confusa, se observe desorientação relativa à própria situação. Os enfermos dizem que se encontram "especialmente sãos", não podendo porém explicar os motivos pelos quais se encontram no hospital.

Epilepsia A orientação em geral não se mostra alterada. O epiléptico dificilmente perde a orientação no tempo, com mais raridade no espaço, e excepcionalmente, a orientação sobre a própria pessoa e em relação ao meio exterior. Nos estados crepusculares, a desorientação auto e alopsíquica é completa.

te. Quando interrogado, responde com lentidão, demonstrando não compreender o sentido das palavras que lhe são dirigidas. Não se identifica e, em relação ao seu nome, lembra-se apenas de que se chama Luiz. Redução global da memória, que se mostra comprometida tanto em sua capacidade de fixação quanto na evocação das lembranças. Revela acentuada redução dos processos intelectuais, especialmente do raciocínio, que denota uma extrema pobreza. Acha-se desorientado no tempo, no espaço e em suas relações com as pessoas do ambiente. Não tem noção da enfermidade. Humor indiferente. Apatia. Ausência completa de iniciativa. A linguagem está perturbada tanto na expressão quanto na compreensão das palavras. Não perdeu por completo a capacidade para falar, mas o que resta da linguagem funciona como um aparelho vazio. O pneumoencefalograma, realizado pelo Dr. Paulo Niemeyer, demonstrou a existência de atrofia cortical difusa.

Esquizofrenia Os hebefrênicos podem estar perfeitamente orientados no tempo e no espaço, mas demonstram certa desorientação em relação ao pessoal do meio hospitalar. Nos catatônicos, a orientação no tempo, no espaço e em suas relações com as pessoas do ambiente se ressente das alterações da memória, da atenção e da falta de interesse pelas ocorrências do mundo exterior. Kraepelin descreveu sob a denominação de *desorientação apática* um estado especial em que o esquizofrênico está impossibilitado de perceber a significação do que vê e ouve, permanecendo durante semanas inteiras sem manifestar nenhuma preocupação sobre o lugar onde se encontra e quais são as pessoas que o cercam, ou há quanto tempo se acha internado no hospital. Os esquizofrênicos paranóides se mantêm bem orientados no tempo e no espaço, mas estão desorientados em relação à própria situação. Em alguns casos, pode-se observar uma dupla orientação, mantendo o enfermo, ao lado da orientação correta, uma outra de caráter delirante; por exemplo, o meio onde se acha o doente é um hospital e ao mesmo tempo uma prisão.

Em todas as formas clínicas da esquizofrenia, os doentes não têm consciência da própria situação e não revelam nenhuma noção de enfermidade.

Transtornos mentais afetivos De modo geral, os enfermos mantêm boa orientação auto e alopsíquica, muito embora, em determinados casos de excitação maníaca, com manifestações de fuga de idéias confusa, se observe desorientação relativa à própria situação. Os enfermos dizem que se encontram "especialmente sãos", não podendo porém explicar os motivos pelos quais se encontram no hospital.

Epilepsia A orientação em geral não se mostra alterada. O epiléptico dificilmente perde a orientação no tempo, com mais raridade no espaço, e excepcionalmente, a orientação sobre a própria pessoa e em relação ao meio exterior. Nos estados crepusculares, a desorientação auto e alopsíquica é completa.

9. Alterações da consciência

Introdução psicológica

O estudo da consciência mostra como é artificial a fragmentação da atividade psíquica em diferentes partes ou em funções isoladas. Não existem funções intelectuais, afetivas e volitivas independentes na contextura da vida psíquica. A decomposição analítica da consciência em fenômenos particulares é feita apenas, por necessidade da exposição, para facilitar o estudo da atividade de nossa mente. Na realidade, os processos psíquicos se apresentam de imediato quando nos colocamos em atitude de observadores de nossa consciência como uma totalidade, ou melhor, como atividade sintética em que os fenômenos se encontram vinculados uns aos outros, estabelecendo-se entre eles uma relação de causa e efeito. Sucedendo-se em série infinita, os fenômenos psíquicos estão subordinados à lei da causalidade e, ao mesmo tempo, interdependem-se e influenciam-se mutuamente.

No estudo da consciência, é indispensável considerar a conexão causal existente entre todos os processos psíquicos.

Mogli define a consciência como o *complexo de fenômenos psíquicos elementares ou complicados, afetivos e intelectivos, que se apresentam na unidade de tempo e que permitem o conhecimento do próprio eu e do mundo exterior.*

Pérez Villamil denomina *consciência* "a zona clara de nossa vida psíquica" que se encontra em situação oposta à zona obscura, de dimensões mais amplas, à qual chamamos *inconsciente*.

Brentano assinala, no plano psicológico, o caráter de *intencionalidade*, convertendo a consciência em projeção e referência ao que é mentado e não como algo que é continente ou conteúdo.

Os processos fisiológicos que constituem a base da consciência foram estudados por I. P. Pavlov que, a esse respeito, diz: "...A consciência representa para mim a atividade nervosa de determinada área dos grandes hemisférios, em dado momento, sob dadas condições, possuindo determinada excitabilidade ótima (provavelmente, será de tipo médio). Nesse momento, toda a parte restante dos grandes hemisférios encontra-se em estado de maior ou menor redução da excitabilidade." Os focos com excitabilidade ótima, segundo Pavlov, estão mesclados na massa dos grandes hemisférios cerebrais

e se acham na dependência dos laços temporários que se formam nos centros corticais.

A existência de um mecanismo responsável pelo estado de vigília e de sono é um fato de observação já antiga e, mais recentemente, as pesquisas neurofisiológicas demonstraram que o sistema reticular ativador, em conexão íntima com os centros hipotalâmicos da vígilia e do sono, é o responsável pela regulação do nível de vigilância. Nesse particular, as diferentes gradações da vigilância correspondem a diferentes graus de consciência, que podem ir, gradualmente, da completa lucidez da consciência à inconsciência. K. W. Bash considera que "na consciência e na inconsciência não se trata de qualidades absolutas e modificáveis, senão que constituem os extremos de uma escala de vivências, dentro da qual podem dar-se conteúdos psíquicos em todas as gradações de claridade ou de penumbra, até alcançar o ponto final da inconsciência completa, que não é suscetível de ser experimentada como tal. Trata-se, portanto, de qualidades polares, graduadas em escala, e é possivel diferenciá-las com o pensamento, porém do ponto de vista fático são inseparáveis. A cada conteúdo psíquico, a cada estado e processo psíquico, corresponde num momento dado um certo grau ou nível de consciência. Esse grau ou nível pode modificar-se com o tempo e em si mesmo é independente da espécie de conteúdo. Assim, pois, em ambas as direções pode-se reconhecer modificações da consciência que podem ser consideradas como quantitativas, visto que a qualidade das vivências conscientes, mesmo que em si mesmas sejam quase ilimitadamente suscetíveis de transformação, não precisa ser fundamentalmente diferente ao mudar o referido grau ou nível". Seria mais conveniente considerar aqui as modificações não como níveis de consciência, mas como graus de vigilância. Os diferentes graus de vigilância são suscetíveis de ser registrados pelo eletroencefalograma. Em estado de completa relaxação, com ausência de estímulos exteriores, a atividade elétrica cortical se processa num ritmo de 8 a 12 ciclos por segundo, o que corresponde ao ritmo alfa. Esse ritmo de base tende a modificar-se no sentido de uma aceleração nos estados de grande tensão psíquica, como também pode tornar-se lento, com um registro de 2 a 3 ciclos por segundo, ou ainda mais lento nos estados de coma. Bash conclui que, "se continuamos interrogando sobre as condições fisiológicas da consciência, os modernos conhecimentos adquiridos através da clínica e da encefalografia parecem aludir cada vez mais à localização das referidas condições no tronco cerebral, sobretudo na substância cinzenta periventricular".

Em relação ao problema da função reticular, H. Hugelin admite que ela "pode ser chamada de vigilância, esta última sendo compreendida como uma reatividade adaptada à situação. O nível de vigilância elevado corresponde a uma 'atividade crítica', pois que um baixo nível de vigilância corresponde a uma 'reatividade automática' de conservacão que supre a perda da crítica". Os estudos experimentais permitem fazer a distinção entre vigilância e consciência e entre o sono e o coma. Supõe-se comumente que "estar acordado é estar consciente e estar inconsciente é estar adormecido". De acordo com Hugelin, este princípio era perfeitamente justificável, quando "se pensava que um centro do sono inibia periodicamente a atividade cortical e que a depressão desta era secundariamente responsável pela depressão geral da atividade. Ela apresentava, todavia, o perigo, bem evidenciado por Piéron, de julgar um comportamento sobre critérios subjetivos puramente antropomorfos. Não se pode ainda em fisiologia definir a consciência, mas pode ser adiantado sem grande perigo de desmentido que a tomada de consciência necessita de dois mecanismos, um de análise — cortical — outro dinamogênico — reticular — e que a atividade do segundo é uma condição *sine qua non* da atividade do primeiro".

A consciência pode ser encarada sob dois aspectos: o subjetivo e o objetivo. A consciência subjetiva é a propriedade de serem os fenômenos conscientes conhecidos pelo indivíduo. A consciência é objetiva pelo seu conteúdo, que se reflete no plano subjetivo sob a forma de percepções, representações, conceitos. O mundo exterior proporciona a todo instante material à nossa consciência. Ao campo da consciência chega também uma série de sensações cenestésicas, que nos orientam sobre a nossa própria personalidade.

O conjunto da vida psíquica considerada como atividade consciente nos leva a examinar algumas propriedades inerentes à consciência. Em primeiro lugar, a continuidade, a natureza ininterrupta da consciência individual. É como resultado desta qualidade que as vivências atuais unem-se às do passado, formando uma cadeia contínua, cujo último elo é representado pelas impressões de determinado momento. Em segundo lugar, a mudança constante. A consciência não constitui algo estático, imóvel. Ao contrário, ela está em perpétuo movimento. De maneira incessante, as nossas idéias se desenvolvem, se transformam, se dissolvem e se reconstituem sem deixar de influir no resto da vida mental. Assim acontece, também, com as representações, os sentimentos e as nossas tendências. A todo instante chegam à consciência novas impressões que enriquecem seu conteúdo, dão início a novos processos e, por sua vez, estabelecem uma interdependência com os fenômenos preexistentes. Finalmente, além de movimento e mudança, na atividade da consciência manifesta-se a lei dialética da contradição, inerente a todos os fenômenos naturais. Em contradição com a excitação do sistema nervoso central, que origina o movimento incessante da consciência, há a inibição, que tem como finalidade regular e dirigir em determinado sentido a atividade desta ou daquela função. Nesse particular, desempenha papel de grande significação a interdependência entre o córtex e a região subcortical. De acordo com os ensinamentos de Pavlov, a tonicidade do córtex cerebral provém da região subcortical, que tem grande importância para a conservação do *tônus* geral e afetivo.

A consciência pode ser considerada, do ponto de vista psicológico, como um processo de coordenação e de síntese da atividade psíquica. Nesse processo podem-se destacar duas orientações diferentes: de um lado, a *consciência do eu*, como conhecimento que temos de existirmos como individualidade distinta das demais coisas do mundo, e, de outro lado, a *consciência dos objetos*. Objeto, em Psicologia, significa tudo o que é apreendido ou se encontra, em dado momento, no campo da consciência, seja uma percepção,

uma representação ou um conceito. Nesse particular, fala-se de extensão ou de amplitude da consciência, como a capacidade de apreender, simultaneamente, determinado número de objetos com clareza e precisão. Admite-se que, sem treinamento especial, apenas quatro objetos podem ocupar, ao mesmo tempo, o campo da consciência.

Em relação à sua origem como função biológica, a consciência passou por várias etapas evolutivas. No desenvolvimento da consciência, admite-se modernamente que o trabalho foi o fator mais importante para a transformação do psiquismo dos animais superiores na consciência humana. Ao destacar o papel que o trabalho desempenhou no desenvolvimento da consciência humana, diz Guiliarovski: "Agindo sobre a natureza, no processo do trabalho, o homem toma consciência e descobre a constituição e as qualidades dos objetos, estabelece os laços necessários entre os fenômenos. No processo de trabalho adquire também consciência de suas próprias relações com o ambiente, com as pessoas que participam com ele do trabalho social".

Lucidez da consciência No estudo da lucidez da consciência, a psiquiatria clássica adota uma atitude subjetiva completamente divorciada da realidade clínica. Assim, admite que só existe alteração da consciência quando os fenômenos psíquicos se acham modificados em sua totalidade. Afirma-se, por exemplo. "Não se pode falar de perturbações da consciência se apenas algum fenômeno psíquico transcorre anormalmente".

Em relação a esse problema, é indispensável manter uma compreensão correta da unidade da consciência, da integridade do processo do conhecimento, que começa com a sensação e vai ao raciocínio abstrato e à generalização. Além disso, não se deve fazer a abstração dos processos fisiológicos que se encontram na base da consciência. Assim, é fácil compreender que fenômenos como as alucinações e as idéias delirantes não estão desligados dos demais processos psíquicos que integram a consciência. Ao contrario, esses transtornos se encontram em íntima ligação com a atividade psíquica em seu conjunto. A consciência é um todo único e indivisível. Não se deve esquecer que a sua divisão em funções isoladas é feita apenas por necessidade metodológica.

Portanto, é incorreto falar de lucidez da consciência quando o enfermo apresenta alucinações e idéias delirantes, pois esses fenômenos patológicos não se acham desligados do conteúdo geral da consciência.

O inconsciente Segundo Henri Piéron, o conceito de *inconsciente* tem três significações diferentes:

"1º) Designa os processos nervosos que escapam inteiramente ao conhecimento pessoal, como a maioria das regulações orgânicas, reflexos, automatismos, dos quais somente os efeitos podem tornar-se conscientes. Diferencia-se dos processos igualmente inconscientes num dado momento, mas que, em outro, possam ser objeto de conhecimento pessoal, domínio esse chamado *subconsciente*.

2º) Em sentido mais amplo, tudo quanto num determinado momento escapa à consciência, sem diferenciar-se entre o subconsciente e o inconsciente essencial.

3º) No sentido de Freud, qualifica os processos dinâmicos que atuam eficazmente sobre a conduta sem que atinjam a consciência; esses processos só se tornam conscientes quando rompem as resistências no sonho, no decorrer de estados psicóticos ou mediante tratamento psicanalítico."

Em Psicologia, o termo "inconsciente" é empregado como adjetivo para qualificar determinado fato psicológico que escapa ao conhecimento do indivíduo. Em psicanálise a expressão é utilizada como substantivo — "o inconsciente" — e serve para designar o conjunto de processos psicológicos que estão fora da consciência. De acordo com a doutrina psicanalítica, a maior parte de nossa vida anímica se desenvolve no inconsciente.

O próprio Freud (1894) explica a origem do seu conceito de inconsciente: "Desde o excelente trabalho de Pierre Janet, Josef Breuer e outros, pode-se considerar geralmente aceito que a síndrome da histeria, na medida em que seja inteligível, justifica a asserção de que há uma divisão (*splitting*) da consciência, acompanhada da formação de grupos psíquicos separados. Entretanto, as opiniões estão menos assentadas no que se refere à origem de tal divisão da consciência, quanto ao papel desempenhado por essa característica na estrutura do quadro histérico."

Esta noção da cisão da consciência deu origem à teoria freudiana do inconsciente, instância separada do campo da consciência por ação da repressão das tendências infantis em virtude da incompatibilidade de sua natureza.

Segundo Freud, a repressão é um processo que se inicia na primeira infância, sob a influência dos princípios éticos dominantes no ambiente, perdurando durante toda a vida do indivíduo.

De acordo com a teoria psicanalítica, "o inconsciente contém, por assim dizer, apenas as partes da personalidade que poderiam ser conscientes se o processo da cultura não as tivesse reprimido" (Jung).

A partir do trabalho citado, e especialmente em seu *Estudo sobre a histeria* (1985), Freud admitiu que "a concepção do inconsciente implica uma diferenciacão tópica do aparelho psíquico: o próprio inconsciente compreende uma organização por camadas; a investigação analítica faz-se necessariamente por certas vias que supõem uma determinada ordem entre os grupos de representações" (Pontalis).

Mais tarde, principalmente a partir de 1920, Freud retorna ao seu conceito de inconsciente, descrevendo-o desta forma:

"A divisão do psíquico entre o que é consciente e o que é inconsciente constitui a premissa fundamental da psicanálise, e somente ela torna possível a esta compreender os processos patológicos da vida mental, que são tão comuns quanto importantes, e encontrar lugar para eles na estrutura da ciência. Em outras palavras: a psicanálise não pode situar a essência do psíquico na consciência, mas é obrigada a encarar esta como uma qualidade do psíquico, que pode achar-se presente em acréscimo a outras qualidades ou estar ausente."

Em seguida afirma: "Ser consciente é, em primeiro lugar, uma expressão puramente descritiva, que repousa na percepção do caráter mais imediato e certo. A experiência demonstra que um elemento psíquico (uma idéia, por exemplo) não é, via de regra, consciente por um período de tempo prolongado. Pelo contrário, um estado de consciência é, caracteristicamente, muito transitório; uma idéia que é consciente agora não o é mais um momento depois, embora assim possa tornar-se novamente, em certas condições facilmente provocadas. No intervalo, a idéia foi... não sabemos o quê. Podemos dizer que esteve *latente* e, por isso, queremos dizer que era *capaz de tornar-se consciente* a qualquer momento. Ora, se dissermos que era *inconsciente*, estaremos também dando uma descrição correta. Aqui, 'inconsciente' coincide com 'latente e capaz de tornar-se consciente'. Os filósofos sem dúvida objetariam: não, o termo 'inconsciente' não é aplicável aqui; enquanto a idéia esteve em estado de latência, ela não foi algo psíquico de modo algum".

E prossegue, expondo o seu ponto de vista: "Descobrimos — isto é, fomos levados a presumir — que existem idéias e processos mentais muito poderosos (e aqui um fator quantitativo ou *econômico* entra em questão pela primeira vez) que podem produzir na vida mental todos os efeitos que as idéias produzem (inclusive certos efeitos que podem, por sua vez, tornar-se conscientes como idéias), embora eles próprios não se tornem conscientes... O estado em que as idéias existiam antes de se tornarem conscientes é chamado por nós de *repressão*, e asseveramos que a força que instituiu a repressão e a mantém é percebida como *resistência* durante o trabalho da análise."

Em continuação, Freud estabelece uma divisão do aparelho psíquico: "Obtemos assim o nosso conceito de inconsciente a partir da teoria da repressão. O reprimido é, para nós, o protótipo do inconsciente. Percebemos, contudo, que temos dois tipos de inconsciente: um latente, mas capaz de tornar-se consciente, e outro reprimido, que não é, em si próprio e sem mais trabalho, capaz de tornar-se consciente. Esta compreensão interna (*insight*) da dinâmica psíquica não pode deixar de afetar a terminologia e a descrição. Ao latente, que é inconsciente apenas descritivamente, e não no sentido dinâmico, chamamos *pré-consciente*; restringimos o termo *inconsciente* ao reprimido de modo dinâmico e inconsciente, de maneira que temos agora três termos: consciente (*Cs.*), pré-consciente (*Pcs.*) e inconsciente (*Ics*), cujo sentido não é mais puramente descritivo. O *Pcs.* acha-se provavelmente muito mais próximo do *Cs.* que o *Ics.*, e, desde que chamamos o *Ics.* de psíquico, chamaremos, ainda com menos hesitação, o *Pcs.* latente de psíquico."

Desse modo, Freud nos oferece uma descrição da mente e de seu funcionamento: "Formamos a idéia de que em cada indivíduo existe uma organização coerente de processos mentais e chamamos a isso o seu *ego*. É a esse ego que a consciência se acha ligada: o ego controla as abordagens à motilidade, isto é, à descarga de excitações para o mundo externo. Ele é a instância mental que supervisiona todos os seus próprios processos constituintes e que vai dormir à noite, embora ainda exerça a censura sobre os sonhos. Desse ego procedem também as repressões, por meio das quais procuram-se excluir certas tendências da mente, não simplesmente da consciência,

mas também de outras formas de capacidade e atividade. Na análise, essas tendências que foram deixadas de fora colocam-se em oposição ao ego, e a análise defronta-se com a tarefa de remover as resistências que o ego apresenta contra o preocupar-se com o reprimido."

Jung adota um critério diferente a respeito do conceito de inconsciente. Em sua opinião, "... além do material reprimido, o inconsciente contém todos aqueles componentes psíquicos subliminais, inclusive as percepções subliminais dos sentidos. Sabemos, além disso, tanto por uma farta experiência como por motivos teóricos, que o inconsciente também inclui componentes que ainda não alcançaram o limiar da consciência. Constituem eles as sementes de futuros conteúdos conscientes". E acrescenta: "Temos igualmente razões para supor que o inconsciente jamais se acha em repouso, no sentido de permanecer inativo, mas está sempre empenhado em agrupar e reagrupar seus conteúdos." No entanto, é necessário admitir que nos casos patológicos essa atividade pode tornar-se completamente autônoma, como se verifica nos casos de onirismo.

No que se refere à psicopatologia, podem ocorrer duas possibilidades de influência do inconsciente na gênese dos transtornos psíquicos:

a) os processos inconscientes podem ser afetados de forma primitiva;

b) podem ocorrer perturbações nas relações entre o inconsciente e a consciência.

Em relação ao segundo caso, isto é, aos transtornos verificados nas relações entre o inconsciente e a consciência, existem vários estudos a respeito, porém a possibilidade de que os processos inconscientes possam ser perturbados em si mesmos tem grande significação para a psicopatologia.

Apesar de não terem merecido uma atenção especial da parte dos psicólogos, deve-se admitir que os processos psíquicos inconscientes não permanecem inalterados no curso dos transtornos mentais. Sabe-se que a atividade psíquica experimenta gradações, desde a perfeita clareza da consciência até o subconsciente e o inconsciente.

Não existe uma separação muito nítida entre a consciência e o inconsciente, como é admitido pela psicanálise. Neste particular, não deixa de ser uma interpretação abusiva e mesmo incorreta das descobertas de Freud a admissão de que o inconsciente e a consciência são processos inteiramente diferenciados e separados entre si de forma radical. O próprio Freud admitiu, em suas *Cinco Lições de Psicanálise*, que entre o inconsciente e a consciência existia uma completa separação mantida pela censura.

Segundo J. M. Sutter, o inconsciente e a consciência não correspondem a duas séries diferentes de fenômenos psicológicos. De acordo com o referido autor, "o inconsciente desempenha na vida psicológica um papel de preparação e de economia: de *preparação*, porque toda operação mental é precedida e mantida por uma atividade consciente, sem a qual não poderia surgir e desenvolver-se; de *economia*, porque o trabalho inconsciente mantém as instâncias superiores do psiquismo disponíveis para as tarefas que exigem necessariamente sua intervenção". Por essa razão, M. Pradines propôs dar a este inconsciente normal o nome de "inconsciente de constituição", com a intenção de indicar que o mesmo representa o "germe da vida mental" e a "... sua condição e elemento permanente".

É interessante assinalar que os psicanalistas não trabalham diretamente com o inconsciente, mas com a interpretação de fatos cuja origem é atribuída ao inconsciente. A lógica, nesse caso, é relativamente simples, como tentou explicar C. G. Jung: "Existem caminhos indiretos, quando o direto não conduz à meta".

O livro de Freud, *Psicopatologia da vida cotidiana*, publicado em 1901, trata especificamente dos *esquecimentos, lapsos de língua, atos falhos, superstições e erros*. Verifica-se, por essa enumeração, que nenhum desses problemas psicológicos pertence ao campo da psicopatologia. Indiscutivelmente, Freud foi bastante infeliz na escolha do título do livro, pois os atos psíquicos enumerados não têm origem patológica e sim pertencem à psicologia humana em geral. Ele próprio admitiu que "era não só simples e, pelo menos à primeira vista, imune a objeções, como também se referia a fenômenos experimentados por qualquer pessoa normal".

Sem dúvida os *atos falhos* foram estudados pela primeira vez por Freud, mas os esquecimentos de nomes, os *lapsus linguae*, as superstições e os erros comuns já tinham sido objeto de estudo por parte dos psicólogos, muito embora no século passado não houvesse ainda uma categoria de profissionais dedicados ao estudo específico da atividade psíquica humana.

Aquilo que pertence, especificamente, ao estudo original de Freud, "... o modo pelo qual às vezes esquecemos um nome e nos lembramos de um substituto completamente inadequado", não é um fenômeno de natureza patológica, mas depende, inegavelmente, de mecanismos de inibição, como provam as pesquisas desenvolvidas por Pavlov.

Patologia

1º) Alterações da consciência

As alterações da consciência são devidas a perturbações da atividade fisiológica dos hemisférios cerebrais. Segundo a doutrina da atividade nervosa superior, na base dessas alterações se encontram os processos de inibição de defesa. Nesses casos, a inibição pode compreender a totalidade do córtex cerebral ou atingir grandes áreas do mesmo ou ainda ficar limitada apenas a algumas de suas seções. Eis a razão pela qual, na prática psiquiátrica, se observa uma extraordinária diversidade de alterações da consciência. Do ponto de vista estritamente clínico, tem muita significação a natureza dos processos que conduzem à inibição. Em alguns casos, a inibição pode ser provocada por simples esgotamento; em outros, porém, pode depender de intoxicações, infecções. Além disso, a inibição de determinada área cortical pode estar na dependência de regiões vizinhas, constituindo apenas a conseqüência de uma indução negativa. Pode também resultar de alterações da interdependência entre as áreas corticais e as regiões subcorticais.

Estudam-se os seguintes estados patológicos da consciência:

Obnubilação da consciência — Designa-se com o nome de obnubilação da consciência um desvio mórbido do curso normal dos processos psíquicos. Caracteriza-se, essencialmente, pela diminuição do grau de clareza do sensório, com lentidão da compreensão, dificuldade da percepção e da elaboração das impressões sensoriais. Notam-se ainda alteração do curso do pensamento, perturbação da fixação e da evocação, certo grau de desorientação acompanhando-se tudo isso de sonolência mais ou menos acentuada, A alteração da fixação das ocorrências do meio exterior é facilmente comprovada pelo fato de o paciente não se recordar da entrevista do dia anterior, verificando-se que esqueceu os temas abordados na palestra com o médico.

Na consciência do indivíduo obnubilado não surge nada de novo. Os processos psíquicos são fragmentários e os sentimentos muito imprecisos, sem que possam conduzir à execução de qualquer ato volitivo. A atencão do enfermo pode ser despertada por estímulos sensoriais muito vivos, mas isso não representa o ponto inicial de uma progressão psíquica autônoma. O doente revela-se indiferente, apático, sem iniciativa e sem espontaneidade.

As investigações psicológicas de Conrad, em casos de obnubilação da consciência, revelaram dificuldade de atenção e de compreensão, admitindo o autor que se trata de "dificuldade para destacar a figura do segundo plano, de mantê-la contra as forças perturbadoras deste plano e de manipulá-la". Observou ainda transtorno da configuração, notando que "a diferenciação da figura-fundo está turva e muito menos acessível a uma ação voluntária e objetiva". O enfermo perde a liberdade de escolher o modo de formação de figuras e torna-se vítima passiva das forças que lhe impõem configurações indesejadas, como ilusões, que se manifestam de modo fugaz e sem consistência. Há também deterioração do pensamento conceptual, que se torna incoerente e fragmentário, com freqüência visualizado de forma alucinatória, pseudo-alucinatória ou delirante. Somente com muito esforço o enfermo obnubilado pode conseguir o controle de si próprio, assim mesmo de modo momentâneo e fugaz.

W. Scheid e Wiech conceituam a obnubilação não como um grau de turvação da consciência, mas como determinado *tipo* de alteração. Encontra-se nos limites dos transtornos da consciência, como uma síndrome de valor equivalente ao delírio, à amência e ao estado crepuscular. Consideram os referidos autores que a leve obnubilação não é idêntica à sonolência.

Embora o paciente não apresente queixa de padecimento somático é possível verificar, pela expressão fisionômica, o sentimento de mal-estar, inquietação, ansiedade, depressão, habilidade emocional ou irritabilidade.

A obnubilação pode apresentar graus, desde o leve torpor até a vizinhança do coma. Em muitos casos, a obnubilação da consciência pode representar o primeiro grau da confusão mental ou pode constituir a fase inicial da instalação do coma.

Exemplo clínico — *"Moura, com 50 anos de idade, de cor branca, casado, médico, natural do Estado do Rio Grande do Norte. Foi internado em virtude de ter tentado saltar do 8º andar do 1º HDB, onde se encontrava internado. Durante a primeira entrevista, o examinado manifestava-se ligeiramente intranqüilo e com dificuldade na compreensão das palavras do interrogatório clínico. A expressão fisionômica revela sonolência. Fala em voz baixa, e o pen-*

samento expresso na linguagem é confuso e incoerente.. Perguntado sobre o que estava sentindo, respondeu. ''Sinto vontade de tomar cerveja até não me lembrar de nada''. Parcialmente orientado no tempo e desorientado no espaço. Falso reconhecimento de pessoas. Dificuldade na percepção do mundo externo. Informou que percebia as coisas como se tudo estivesse envolto em nevoeiro. Fatigabilidade da atenção. Os processos mnêmicos estão perturbados, revelando o enfermo comprometimento na fixação e dificuldade na rememoração das lembranças. Mostra-se indiferente, apático, sem iniciativa e sem espontaneidade.''

Coma Como vimos anteriormente, a obnubilação da consciência pode ir do leve torpor ao coma. O termo provém do grego e significa precisamente ''sono profundo''. Entende-se por coma o estado mais acentuado de perda da consciência, que se acompanha, geralmente, de perturbações neurológicas e somáticas gerais. O enfermo conserva apenas a vida vegetativa, estando bastante alterados, de acordo com a intensidade do estado, os automatismos reflexos da vida de relação. Quando existe ainda um certo desassossego e uma atividade psíquica confusa, fala-se de coma *vígil* ou *agrípnico* e, ao alcançar profundidade extrema, é chamado de *carus*.

No estado comatoso a consciência se acha profundamente alterada ou quase abolida, tanto assim que o enfermo não dispõe da capacidade de se manter aberto ao mundo externo e, desse modo, ter consciência do vivido. Os estados de coma são observados em todas as formas diretas ou indiretas de lesão cerebral.

Observação — *''Paciente com 57 anos de idade foi internada em estado de coma. O esposo a acompanhou até o momento em que a mesma foi levada para a enfermaria. Antes de retirar-se, porém, prestou estas informações: a paciente gozava, aparentemente, de boa saúde até o momento do jantar, há cerca de oito dias, quando comeu alguns mariscos. No dia seguinte, apresentou vômitos. Permanecera no leito, em estado de prostração. Nos dias seguintes, não conseguia levantar-se; sentia-se alquebrada. A princípio estava sossegada, depois se tornou sonolenta e, progressivamente, caiu em coma. O marido dava grande importância à ingestão dos mariscos, não duvidando um só instante de terem sido os mesmos a causa da intoxicação da esposa. Ao examiná-la, encontrei-a deitada de costas, pálida, parecendo dormir. Pulso fraco com intermitências, porém não apresentava temperatura febril. Respiração regular, mas ruidosa, gemente, muito ampla, nada estertorosa. Encontrava-se inteiramente obnubilada, sem condições para responder às perguntas que lhe foram dirigidas. Durante o exame clínico não esboçou nenhum movimento. Levantando-lhe os membros, ao abandoná-los caíam pesadamente e, embora pinçados, mantinha-os imóveis. Entretanto, ainda compreendia certas ordens quando emitidas em voz alta. Mostrou a língua, abriu os olhos, levantou ligeiramente os membros superiores, quando solicitado. Não apresentava paralisia. Os reflexos rotulianos e aquíleos estavam muito fracos, mas persistiam. As pupilas, medianamente dilatadas, reagiam fracamente à luz. Pressão arterial: 120 + 70. A auscultação pulmonar não revelou alterações. A dispnéia era* sine materia. *A única alteração digna de nota era o odor aromático do hálito, que se espalhava em torno do leito. Odor especial lembrando o de maçãs. A colheita de urina, feita por cateterismo, e seu exame posterior, revelou a existência de forte glicosúria e ácido diacético.* Conclusão diagnóstica: *coma diabético, ligado à acetonemia'' (L. Ramond).*

Delírio oniróide O delírio oniróide é uma síndrome observada no curso de doenças febris, intoxicações crônicas e enfermidades cerebrais orgânicas. Em sua fase de pleno desenvolvimento, caracteriza-se por estes sintomas fundamentais: obnubilação da consciência, desorientação e alucinações. Após uma fase premonitória, de curta duração, em que o doente apresenta mal-estar, sono inquieto, sensações imprecisas, intranqüilidade, cefaléia e hiperestesia, surge no quadro clínico a excitação psicomotora. Em alguns casos, o quadro é o de uma leve excitação maníaca, com estado de ânimo eufórico, excitabilidade fácil e tendência incessante à ocupação. Em outros, porém, predomina a lentidão do curso do pensamento e dificuldade da fixação, mas com certo grau de excitação motora. Na maior parte dos casos, no quadro de delírio dominam as visões oníricas, acompanhadas algumas vezes de alucinações auditivas, cenestésicas e neurovestibulares, pseudo-alucinações e idéias deliróides. A percepção do mundo exterior está completamente deformada pelas ilusões. Ao contrário do que se observa na obnubilação da consciência, as reações afetivas são muito vivas e adequadas ao conteúdo da consciência. O enfermo participa ativamente das cenas produzidas pela imaginação, as quais, geralmente, são angustiosas. A intensidade do delírio oniróide é variável. Algumas vezes aumenta ao entardecer, enquanto durante o dia a turvação da consciência é menos acentuada, assemelhando-se o quadro ao da obnubilação. Passado o delírio, que pode durar horas ou dias, o enfermo revela amnésia completa ou conserva reminiscências muito fragmentárias.

Os casos de delírio exógeno são relativamente raros nos hospitais psiquiátricos. Karl Leonhard registrou esta observação clínica: a enferma apresentava um quadro de ligeira excitação psicomotora, com desorientação completa, incoerência, vivências alucinatórias ópticas e idéias deliróides: *''Aí disse que se devia comprovar se isto tinha ou não fundamento na verdade. Finalmente, o professor de Saarbrücken, que tratou de minha mãe, disse: 'Filha, que fazes aqui?' Porque vocês devem levar em conta que por aqui há ruídos estranhos. Hoje queriam cortar-me a cabeça, e ainda o querem; como se chamam as casas em que vivem as mulheres que perderam tudo? Não tenho provas de nada. Ouvi dizer que o meu esposo empurrava algo; até hoie não tinha ouvido falar nisso; uns dizem que ele morreu, outros dizem que está no hospital. Isto é para causar preocupação. Se o meu esposo está vivo, deve saber o que se passa. Esta é a coisa. O Dr. Bernard morou muitos anos em minha casa. Em uma feia ocasião quis me beijar, então eu lhe dei uma bofetada. Sabe a sua resposta? 'Pois agora, ao coche do circo'. O doutor gritou pelo hospital e eu fui ao circo. Deve olhar o seu abrigo para ver o que há (no abrigo que assinala não há nada de especial). O outro enlouqueceu no auto. Ontem estive meio morta. Não sei o que me fizeram. Deixaram que toda espécie de animais nadassem aí livremente. Fiquei muito assustada. — 'Que*

animais?' Primeiro uma baleia pequena; que empurrava um meimendro em flor; também porcos, naturalmente. Depois amarraram tudo com arame; as cadeiras. Você não está vendo? Há água embaixo da cama. Veremos se amanhã vem o meu amigo; aqui não quero ficar. Olhe para esta revista; que mulheres tão bonitas, que pele ... (indica uma das enfermeiras).''

Amência ou confusão mental

Sob a denominação de *amência*, Maynert descreveu uma perturbação mental caracterizada principalmente por turvação mais ou menos acentuada da consciência, acompanhada de fenômenos de excitação psicomotora. Kraepelin admitiu a amência apenas como manifestação sintomática, que se desenvolve de forma aguda, com um quadro de confusão fantástica, acompanhada de transtornos ilusórios e alucinatórios, e inquietação motora. O quadro clínico corresponde em grande parte à ''loucura alucinatória do puerpério'', descrita por Fürstner.

A síndrome está caracterizada, principalmente, por obnubilação mais ou menos acentuada da consciência, com incoerência do pensamento de natureza oniróide e perplexidade, que resulta da incapacidade de apreender o enfermo a realidade objetiva. Como corolário, existe desorientação no tempo e no espaço, dificuldade de compreender a situação, lentidão nas respostas, com predominância de vivências alucinatórias oniróides. O estado efetivo é de caráter depressivo ansioso. Estes são os elementos fundamentais da confusão mental aguda. Em alguns casos, podem aparecer sintomas catatônicos, interpretações delirantes de ocorrências externas, idéias deliróides confusas e contraditórias. Segundo Lange, à medida que aumenta a turvação da consciência, o quadro clínico vai adquirindo cada vez mais o caráter de delírio. Nos períodos de maior lucidez da consciência, predominam as manifestações de incoerência, as interpretações delirantes e a perplexidade, sintomas esses que, em determinados casos, são muito acentuados. A atividade desenvolvida pelo doente está de acordo com o estado geral. Freqüentemente se observa uma amnesia completa para o período agudo da amência, e, se porventura o paciente recorda algo desse período, são apenas lembranças fragmentárias e inconsistentes. O delírio tem breve duração, enquanto a amência pode durar semanas ou meses.

Exemplo clínico — *''Após 38 dias de enfermidade, a paciente ainda apresenta estado subfebril, não revela sinais neurológicos, permanece tranqüila, alimentando-se sem ajuda, porém não reconhece as pessoas do ambiente hospitalar. Revela-se ligeiramente obnubilada, com incoerência do pensamento, perplexidade e desorientação auto e alopsíquica. O diálogo com o médico foi gravado em fita magnética: (Walkiria, você me conhece?) — Sim, sim. (Onde me viu você?) — Aí em cima, na casa (Em que casa?) — Na do homem, onde havia uma coisa para os dois, onde me confundiram. Nesta primavera o Sr. esteve em minha casa e antes eu não o conhecia. (Como se chama você?) — Neste momento não sei. (Onde estamos agora?) — Embaixo, na estação. (Que faz você aqui?) — Tenho que apanhar lenha e outras coisas na estação (Em que ano estamos?) — Sim, em que ano? Você tem de fazer o possível ao redor da casa. (Agora é dia ou noite?) — É de tarde, se não fosse de tarde*

não teria descido aqui. (Que havia no almoço?) — Verdura. Algo aconteceu aí em cima e não pude descer. (Em que época do ano estamos?) — No outono. (Em que ano?) — Tenho de olhar, por causa dos trajes de inverno, porque são coisas da primavera. (Em que dia estamos?) — Quinta ou sexta (era quarta-feira). Estou ainda em cima, completamente na metade de cima. (Como se chama você?) — Sim, como me chamo? (Em que ano você nasceu?) — Não faz muito tempo, em 18 de outubro (incorreto). (De que ano?) — Há muitos anos, tenho agora 36 (tem 56), tenho dois filhos; um nasceu no último ano e outro neste outono (a paciente não tem filhos) ... (Em que ano estamos?) — Tudo se foi com a guerra, e no último outono tive de fazer isto (assinala a nuca). (Quando foi a guerra?) — Na semana passada. Ainda não é público. Só conheço os que fazem dobradinha (jogo da cartas). Não tinha mais lenha, casei-me com outro, estive no cinema. Você veio porque eu o conheci. Quero fazer ainda a coisa. Tive de fazê-la por causa do frio que cai do céu'' (K. W. Bash).

Estados crepusculares

Entende-se por estado crepuscular um estreitamento transitório da consciência, com a conservação de uma atividade mais ou menos coordenada. Acompanha-se de falsa compreensão da situação. Em geral, a percepção do mundo exterior é imperfeita ou de todo inexistente. Em alguns casos, é possível observar a presença de alucinações e idéias deliróides. A conduta do enfermo durante o episódio, à primeira vista, pode parecer ordenada, principalmente quando a obnubilação da consciência não é muito acentuada. Entretanto, o exame do paciente durante a fase de exceção demonstra a existência de um sistema limitado de móveis afetivos e de idéias, em discordância com a personalidade habitual. Nessas condições, dominado por impulsos e conservando a capacidade de decisão e de ação, o enfermo pode praticar atos incompreensíveis e mesmo agressões contra pessoas. A conduta é relativamente ordenada. O resultado é que o doente pode executar uma série de atos coordenados e com certa finalidade, embora inconscientes, tais como: andar sem destino, enfrentar situações complexas como o sistema de transportes de uma grande cidade e até mesmo adquirir passagens e realizar viagens de longo percurso. Os estados crepusculares costumam desaparecer rapidamente, mas, em alguns casos, podem durar muitos dias. Apresentam-se e terminam de modo súbito, acompanhando-se de amnesia em relação às vivências acessuais.

Exemplo clínico — *''Uma tia paterna apresentou, na juventude, acessos epilépticos. Um dos seus filhos era, como um irmão da paciente, deficiente mental. A mãe da enferma sofreu de depressão psíquica durante a gravidez. A própria paciente padeceu de convulsões na idade de seis meses e durante a dentição. Era uma menina sã, porém sempre muito irritada. Atravessou sem dificuldades o período escolar e, um pouco mais tarde, empregou-se como servente, trabalhando a maior parte do tempo na zona rural. Antes de completar 18 anos, surgiram acessos epilépticos típicos, que se mariifestavam com intervalos variáveis de um mês a um ano. Não fez tratamento sistemático. Somente dez anos após o início da enfermidade é que a encaminharam a uma policlínica, e um ano depois foi internada por seus parentes, em virtu-*

de de apresentar estado crepuscular. A intensa modificação epiléptlca da personalidade, no sentido de uma afetividade viscosa, acompanhada de manifestações religiosas exageradas, desperta de início a atenção, sem que fosse possível realizar um exame pslcológico mais detido. Do ponto de vista somático, encontra-se Chvostek bilateral, coincidindo com calcemia normal, e, na prova dos braços estendidos, desvio de ambos para a direita, sem anomalias por parte dos reflexos, do tônus e do trofismo. O EEG revelou disritmia teta-alfa com diferenças entre um lado e outro (patológica no lado esquerdo), assim como sinais focais localizados no hemisfério esquerdo. Os sinais patológicos do EEG mudam notavelmente de modo inversamente proporcional ao estado crepuscular. O exame do líquido cefalorraquidiano e a radiografia simples do crânio não revelaram achados patológicos. No momento do ingresso na clínica, a enferma indica corretamente o caminho percorrido, sabe o dia da semana e o mês em que nos encontramos. Alguns dias depois começou a ficar excitada e foi necessário conservá-la isolada. Entoava cânticos religiosos e rezava durante a maior parte da noite, falava da localidade onde morava e dizia que o seu único desejo era voltar para lá. Desejava entregar ao médico um cartão com o seu endereço na referida localidade, mas as indicações contidas eram as de seu domicílio na cidade. Em certos momentos respondia prontamente e de modo correto a determinadas perguntas e, instantes depois, voltava a divagar, deixando-se levar pelas ocorrências até perder a consciência de sua própria situação: dizia, nesses momentos, que se encontrava na arca de Noé, que não tinha feito a sua refeição e que as águas ainda não haviam penetrado em seu quarto. Informou ao médico que a senhora W. lhe havia trazido flores: 'Então eu disse, sim, a mulher me deu muita alegria, mas o que eu quero é que possa tê-la como testemunha. No dia seguinte veio a senhora W., eu ouvi a sua voz'. — Você a viu? 'Não'. — Ela estava em seu quarto? 'Em que quarto?' Durante horas seguidas manteve um monólogo em tom untuosamente doutrinário e prolixo, tal como indicam estes parágrafos: 'Por isso me permitiram conhecê-lo pela história da salvação de Noé, porque também tinha minha Bíblia e voltaram a me oferecer. Por minha parte, podem ler ainda as cartas, se é que não acreditam em minha palavra, e espero que agora o saibam. A limpeza da casa não é por minha causa e por isso disse a essas pessoas que têm de pagar. Não, nada mais do que os meus vestidos. Então já sei que vou ser redimida, por isso me permitiram sair ontem a passeio. Se se cresceu tarde, então se cresceu muito tarde'. Nem um ataque epiléptico espontâneo nem a aplicação de eletrochoque foram capazes de interromper o estado crepuscular. Em virtude de se ter prolongado este último, com algumas oscilações, durante quatro meses, foi iniciado o tratamento insulínico, com o qual começou a desaparecer. A paciente recebeu alta dois meses mais tarde, num estado que não se diferenciava do anterior ao episódio crepuscular. Todas as investigações complementares orientadas no sentido de revelar a existência de processo intracraniano deram resultados negativos.

"Diagnóstico — *Estado crepuscular de longa duração, predominantemente desorientado, em caso de epilepsia genuína com foco eletroencefalográfico localizado no hemisfério esquerdo*" (K. W. Bash).

Onirismo Os primeiros estudos sobre o *onirismo* datam do século passado, e a partir de então o termo passou a ser empregado para designar os estados de sonho patológico.

Segundo Guiraud, "o onirismo está caracterizado pela predominância extraordinária das representações imaginadas sobre as perturbações sensoriais e sensitivas, que são acentuadamente deformadas e amplificadas". Afirma ainda que "no onirismo muitas imagens aparecem como nitidamente alucinatórias, isto é, com uma contribuição sensorial nula, mesmo quando são experimentadas como estésicas. O problema se coloca então na origem dessas estesias".

Conclui afirmando: "É preciso então admitir que, no modo de pensamento especial que constitui o onirismo, a representação é o fenômeno intelectual inicial, e, se ela adquire a forma de percepção, é porque foi capaz de colocar em atividade os centros sensoriais das zonas sensitivas e sensoriais terminais e de conferir a si mesma o caráter estésico".

A experiência clínica se encarregou de destacar o *onirismo* do *delírio oniróide*, visto que este pode ser observado fora dos quadros clínicos dos transtornos mentais sintomáticos.

Autores como Moreau, de Tours, Baillarger, Sante de Sanctis, Bleuler e Freud estudaram casos de perturbações do sonhar, relatados como sonhos intensos e vivenciados por uma consciência em "estado crepuscular", o que determina uma profunda alteração do imaginário e do próprio ato de sonhar. Algumas dessas situações podem configurar um estado "puramente onirico", em que os sonhos são bem organizados.

A descrição de casos clínicos realizada pelos autores citados mostra a existência de obnubilação da consciência, o que não impede, em muitos exemplos, que as cenas desenroladas durante o "estado crepuscular" possam ser relembradas ao retornar o paciente às condições de normalidade.

Meyer-Gross dedicou amplo estudo a esses estados, os quais denominou "experiência delirante oniróide". No referido trabalho, realizou a catamnese de algumas observações relatadas por vários autores. Entre os casos publicados, encontra-se uma auto-observação retirada do trabalho de Engelken (*Die oneiroide Erlebnisform*). Embora se trate de um enfermo esquizofrênico, o caso tem grande significação pelo fato de contribuir para ampliar o conceito de "onirismo", o qual, até então, era estudado entre as perturbações da consciência observadas nos transtornos mentais sintomáticos.

Mayer-Gross destaca como traços característicos do "vivido oniróide", em primeiro lugar, a dispersão, a mobilidade e o inacabado, e em segundo lugar, que é o mais importante, a *formação de conjuntos cênicos*.

O estado descrito por Mayer-Gross com o nome de "experiência delirante oniróide" não se confunde, de modo algum, com a amência ou com o delírio oniróide e pode ser encontrado em casos de enfermos com perturbações mentais bem-definidas, como também na experiência dos médiuns descritas como "visões", "transportes", "viagens".

Em comentário a esses estudos sobre a "forma do vivido oniróide", diz Henri Ey que "as lembranças e as imagens que participam da composição fantástica são, elas próprias, dotadas de forte coeficente de 'realidade', de

tal sorte que o conjunto adquire um perfeito caráter de nitidez e de realidade *cênica*, e é bem de realidade *cênica* que se trata, pois ela constitui um material imaginário do qual, pelo menos em certos momentos, o doente toma consciência''.

Descreveram-se, também, os ''estados oniróides imaginativos'', nos quais se observa o predomínio da criação imaginativa da fantasia. Esses estados mereceram atenção especial de Henri Ey, que os considera verdadeira ficção orientada para o passado, para o futuro ou ainda para o espaço longínquo. Diz Ey que o estado oniróide imaginativo ''desabrocha em milhares de fantasias. Aludem aos sonhos que ultrapassam o tempo em que se desenrolaram. Eles aumentam, se entrelaçam e, em suntuoso trabalho de tapeçaria, juntam aos prodígios e milagres milhares de maravilhosos encantamentos. Eles jorram e se desprendem em uma consciência completamente tomada pelos sortilégios da imaginação, dando ao indivíduo a impressão de uma fecunda e inexorável criação de formas''.

Continuando, diz Henri Ey que, nos estados oniróides imaginativos, a consciência é mais disponível do que nos estados de onirismo: ''As imagens que a constituem formam a trama temática de um acontecimento original miraculoso e fictício, a qual continua aberta sobre o mundo. ... Aqui, o sonho é vivido através do sonhador, e a pessoa, guardando certo entorpecimento, certa opacidade, não vê apenas os acontecimentos: ela os vê em seu mundo, em seu corpo e em seu espírito, no espaço vivo de sua realidade.''

Dos estudos biográficos de uma célebre ''médium de incorporação inconsciente'', destacamos alguns trechos característicos de onirismo.

Freqüentemente ela apresenta o fenômeno de desdobramento, descrito como uma espécie de sair de si mesma. *Em tais condições, ela se ''desdobra'' e vai até locais distantes onde recolhe informações e retorna, tudo isso em frações de segundo, quando se torna mais apta para orientar as pessoas. Quando alguma pessoa a procura com o objetivo de resolver um problema imediato, como, por exemplo, uma viagem, ela, ''usando o mesmo expediente, verifica os perigos da viagem e desaconselha ou não que ela seja feita''. Assim, ela emprega a sua capacidade de projeção no futuro, ''vendo o quadro do que ainda não aconteceu no plano físico''.*

O fenômeno de desdobramento, manifestado pela médium, ocorre quase sempre quando ela se encontra em algum ''estado de anormalidade física ou psíquica''. Em certa ocasião, ela pressentiu que algo novo estava para surgir e, então, dirigiu-se para o local onde tivera a primeira visão de um ser extraterrestre: ''Sentou-se e começou a sentir os sintomas de um novo fenômeno mediúnico: saía do corpo e voltava a ele abruptamente''. As idas e vindas produziam uma sensação de perda do fôlego e de mergulhos em lugares escuros. Durante algum tempo essas ''viagens'' tinham sempre uma finalidade: na maioria das vezes, se destinavam ao esclarecimento de uma situação, no sentido da prestação de socorro espiritual. Desse modo, ela aprendeu a deixar o corpo em estado cataléptico, o que lhe permitia dedicar maior atenção ao outro plano. Assim, em estado de catalepsia, *ela empreendeu uma longa ''viagem'' e penetrou numa ''caverna de exus''. Desfrutando da capacidade de ver sem ser vista, começou a ouvir palavras confusas e, assim, conseguiu identificar o ritual dos antigos negros nagôs.*

Enquanto meditava, ela contemplava o seu próprio corpo crispado, deitado na relva, em estado cataléptico, e, através dos seus sentidos etéreos, percebia alguns seixos na mão fechada e o capim ralo sob a nuca. Mantinha plena consciência do que estava acontecendo quando, inesperadamente, ''...sentiu-se transportada para o interior de uma nave...''. Assim, foi ela carregada para outro planeta. ''A primeira coisa que lhe chamou a atenção foram as luzes opacas, sem brilho e de colorido variado. Era como se o sol estivesse envolto em faixas de algo transparente e de cores várias. Mas as luzes, a iluminação, não eram estáticas, alternando-se e interpenetrando-se, formando nuanças suaves. Atraiu-a logo a faixa violeta. Sem saber por quê, estava convencida de que aquela era sua faixa, o mundo que correspondia à sua missão na Terra.''

Terminada a visita, regressou rapidamente para o seu corpo. Ao despertar, olhou para a paisagem desolada do cerrado do planalto e ''comprendeu por que tão poucos médiuns se lembram de suas viagens''.

A partir de então, ela realizou outras viagens ao planeta desconhecido. Certa ocasião, ''deitou-se na relva, repetindo os pormenores de sua nova modalidade de transporte, e logo saiu do corpo, sentiu-se levitando e, logo em seguida, ouviu o ruído forte de motor, diferente dos motores da Terra''. Imediatamente, sentiu-se transportada para outro local. Nessa viagem encontrou um espírito seu conhecido, que era responsável, no plano astral, pela ''torre de desintegração''.

Tinha o hábito de comentar com as pessoas o que acontecia em suas fases de transe e por isso, inadvertidamente, referiu-se às suas experiências relativas ao planeta desconhecido. ''Um dia, porém, logo após a conversa que tivera sobre esse assunto, ela sentiu incômodos físicos diferentes dos causados habitualmente pela moléstia.'' Sentia-se alquebrada, sonolenta e com dores na nuca. Não atinava com o que estava acontecendo até o momento em que se lembrou de procurar a causa daquilo em sua clarividência. Então, ''...percebeu que estava sendo irradiada''.

As perturbações aumentaram de modo progressivo. Resolveu, então dirigir-se para o local habitual de contato com os extraterrestres: ''...saiu do corpo, testou a situação, voltou a ele, mas não parou de sentir a mesma dor na nuca e o peso nos olhos''. ''... Estava, assim, procurando a causa dessa anormalidade, quando percebeu duas figuras ao seu lado, assustando-se ligeiramente.'' Os dois espíritos estavam opacos, sem luz. Continuou a sua explicação: ''Se eles se apresentavam assim opacos, é porque não estavam refletindo melhor a luz solar, dada a composição do momento. Num relance, ela compreendeu o que isto significava. Eles estavam ali apenas em projeção, e, embora essa projeção fosse física, não tinha as mesmas qualidades do seu próprio corpo físico, mais denso, menos penetrável pelos raios solares, refletindo, portanto, muito mais. Subitamente os dois espíritos se tornaram luminosos, como se o Sol houvesse desaparecido. Percebeu, então, que se encontrava em outro plano. A situação se havia invertido. ''Agora estava em seu corpo etéreo e eles no seu corpo físico, natural.''

Em certa ocasião, encaminhou-se para a "plataforma de contato", e ali permaneceu à espera. A sua concentração foi natural e imperceptível, e em pouco tempo estava fora do corpo e no interior da nave espacial. Enquanto a nave seguia o seu destino, em sua mente começaram a passar quadros dos últimos dias de sua vida. "Saíram da nave e caminharam por um longo corredor que terminava em um parque iluminado pelo luar. No meio do terreno, atapetado por uma erva que reverberava à luz da lua e pontilhado de árvores simétricas, erguia-se enorme edifício que se alongava para os fundos do parque."

Certa vez, terminada uma de suas visitas espaciais, ela foi conduzida ao interior da nave e regressou à Terra, "...acomodada no seu corpo etéreo, nada sentiu além de ligeira tontura, logo se adaptando ao sistema", e inteiramente maravilhada com o panorama que percebia através da enorme janela transparente. Ao aproximar-se do nosso planeta, ela foi divisando paisagens familiares, especialmente aquela que acompanha o Rio Nilo, que se desenhava como uma longa fita prateada recortando uma superfície amarelada. Sentiu inexplicável aperto no coração ao recordar que ali vivera e ali "fora rainha". "Ali fora importante e realizara grandes coisas". "... No Egito fora poderosa, senhora de exércitos." Agora era apenas uma missionária de Cristo.

2º) Alterações da consciência do eu

Não se justifica o estudo das alterações da *consciência do eu* em capítulo à parte, desde que, nesses casos, trata-se de algo relacionado com a identidade pessoal.

Neste grupo incluem-se os seguintes transtornos:

Êxtase Do ponto de vista psicológico, o êxtase representa o mais elevado grau do sentimento vital. De acordo com a sua acepção etimológica, é a vivência de sentir-se fora-de-si, uma transformação da consciência do eu e da consciência do mundo que, em estado normal, se caracteriza pelo conhecimento das limitações da própria existência pela individualização, de nosso confinamento em um corpo e em uma consciência individual. Para os místicos, o êxtase é um estado de contemplação passiva que o afasta da vida comum e contribui para a purificação da alma. Caracteriza-se pelo desaparecimento da personalidade individual, por um estado de embevecimento do qual desaparecem as fronteiras da personalidade, substituída pela difusão do eu, a ponto de não se poder falar mais de uma existência do eu individual. A pessoa se encontra de tal maneira embevecida em sua contemplação interna, imersa em um sentimento de felicidade intensa e inebriante que, muitas vezes, se acompanha de um grande sofrimento devido ao sentimento de culpa existente em face dos pecados cometidos.

No êxtase, a existência vital é experimentada como dotada de uma extensão sem limites e o mundo não é mais vivenciado como barreira que nos torna conscientes da limitação da nossa individualidade. De acordo com este ponto de vista, o êxtase também encerra um componente de sentimento mundano. Mas, a característica de sua modalidade vivencial se encontra na experiência de uma máxima cristalização e concentração da existência vital.

O êxtase, como o supremo estado de ânimo da vida, é encontrado principalmente nas vivências religiosas, estado que somente é alcançado depois de uma longa e especial preparação, através de exercícios espirituais.

O estado de êxtase é acompanhado de alterações corporais: a motilidade e a palavra estão abolidas, a percepção sensorial se torna confusa e indiferenciada, os movimentos respiratórios e os batimentos cardíacos estão diminuídos, o indivíduo percebe que as extremidades e até mesmo o corpo estão frios.

Como fenômeno psicopatológico, o êxtase é observado em alguns enfermos histéricos e esquizofrênicos. No primeiro caso, é encontrado com relativa freqüência nos estados histéricos e nos visionários e em personalidades com grande expressividade pantomímica. As enfermas permanecem em estado de placidez mística, conservando uma atitude de quem se encontra iluminada por visões beatíficas, em geral ajoelhadas, com o olhar voltado para o alto, numa contemplação estática, que pode durar horas seguidas. Na maior parte dos casos de êxtase psicogênico muito contribui a auto-sugestão.

Em alguns quadros esquizofrênicos têm sido registrados estados de confluência da consciência do eu com a realidade objetiva. Os enfermos adotam, muitas vezes, atitudes de êxtase contemplativo ou, em alguns casos, representam simples estereotipias de atitudes e não verdadeiros estados de êxtase.

São Francisco Xavier experimentava êxtases com relativa freqüência. Costumava retirar-se para a torre do campanário, a fim de não ser perturbado, e ali permanecia durante horas em êxtase contemplativo. Quando se encontrava nesse estado, era inútil chamá-lo ou mesmo sacudi-lo, pois ele se achava "em íntima comunicação com Deus". Nesses momentos, consideravam-no completamente "...incendiado pelo fogo divino que o abrasava".

Tornaram-se célebres os êxtases de Santa Teresa. Ela própria os descreve: "Tenho tido vários arroubamentos de amor (êxtases), uma vez em especial, sendo ainda noviça, em que fiquei uma semana inteira bem longe deste mundo; não sei descrever este fenômeno; parece-me que estava então vivendo em corpo recebido de empréstimo; havia um como véu lançado para mim sobre todas as coisas da Terra. Não me abrasava nenhuma chama real, e podia suportar estas delícias sem receio de que os meus laços se quebrassem com o peso; pelo contrário, no dia de que acima falei, mais um minuto, mais um segundo apenas, e a minha alma se teria separado do corpo."

Admite-se que, para atingir o estado de êxtase, é necessário um treinamento especial ou atingir-se esse estado depois da preparação através de exercícios espirituais.

Vivência de transformação do eu No início dos transtornos mentais psicóticos ou depois da remissão dos sintomas é possível observar, em alguns enfermos, o sentimento de transformação íntima e interna, de metamorfose dos pensamentos e sentimentos, como algo vago e indefinido do eu empírico e sente o seu eu mudado ou transformado. Sobrevém a vivência de transformação da própria pessoa, que consiste no fato de que o enfermo já não pensa, não sente e nem age como antes, pois experimentou uma profunda mutação de sua

personalidade, fenômeno observado no início da esquizofrenia. O mesmo pode ocorrer em alguns quadros neuróticos, quando o paciente se queixa de experimentar sentimentos de transformação dos traços característicos de sua individualidade, especialmente durante o tratamento pela psicoterapia.

A alteração formal da consciência do eu como perda da própria identidade pode ser encontrada em casos de esquizofrenia: o enfermo acredita não só que tem outra personalidade, como admite que a sua pessoa anterior ao transtorno psicótico foi vivida por outra pessoa.

Exemplo — *"Paciente esquizofrênica, divorciada e mãe de um jovem, tendo vivido num ambiente de classe média alta, queixa-se de que se sente diferente do que era anteriormente e alheia ao seu modo de ser do passado. Admite que é um produto da natureza, com os desejos de um selvagem, negando-se a aceitar o conforto proporcionado pela civilização, inclusive o uso de vestes e os hábitos de higiene pessoal. Come com a mão, misturando os alimentos com água fria. Mostra resistência a dormir sobre o colchão, preferindo o piso e recusando as cobertas. Emprega folhas de plantas como papel higiênico. Reconhece ter vivido onde realmente viveu e ser proprietária de sua casa, porém não se identifica com o seu passado. Finalmente, chega ao ponto de negar que o homem de quem se divorciou tenha sido seu esposo e que o filho seja realmente seu filho"* (H. Delgado).

Transitivismo Wernicke chamou de *transitivismo* o fenômeno que consiste em o enfermo sentir-se transformado em outra pessoa. Em psicopatologia, o termo serve para designar as alterações, observadas em alguns enfermos, que consistem no desaparecimento da relação entre o corpo e os objetos do meio exterior.

Heuyer, Lelord e Laroche mostraram que o transitivismo pode ser observado como manifestação patológica em crianças entre 4 e 8 anos de idade. Designaram o fenômeno como "despersonalização transitivista", da criança, "a partir de uma alteração da organização do espaço, como também no setor privilegiado do próprio corpo (imagem de si) em relação ao exterior". Trata-se da impossibilidade de estabelecer a distinção entre aquilo que é próprio do indivíduo e aquilo que pertence ao meio exterior. "É a permeabilidade e, por fim, o apagamento do limite entre os dois domínios e, também, secundariamente, a perda do espaço vivido, em sua organização e em sua estrutura. Desde então, as noções de direção centrípeta e centrífuga perdem seus limites e são confundidas". O fenômeno aparece sob a influência da angústia e, em alguns casos, prenuncia o desenvolvimento de um transtorno psicótico.

Os autores citados acima referem que a perturbação se encontra, freqüentemente, na dependência de uma lesão dos hemisférios cerebrais ou representa uma anomalia da maturação neurológica. O resultado é o falseamento da relação com os objetos que, na impossibilidade de poder desdobrar-se no espaço hierarquizado, passa a ser vivida como "referência às experiências passadas, isto é, sobre o mundo da angústia e de devoração". Assim se explica, nas crianças, "a fixação mais ou menos exclusiva no estado de agressividade oral".

Com relativa frêqüência, o transitivismo é observado como um sintoma de grave transformação da personalidade. No curso da esquizofrenia, manifesta-se como sintoma de primeira ordem: o enfermo situa em seu corpo um objeto exterior; seus órgãos se transformaram ou se comunicam uns com os outros, sem que o enfermo leve em consideração as realidades anatômicas. As suas ações parecem comandadas de fora e são acompanhadas de um sentimento de influência. "As coisas parecem participar umas das outras e o paciente é lançado num caos vertiginoso, todas as forças do mundo o penetram e o atravessam dolorosamente, sente-se forçado a desempenhar o papel de motor e ordenador desse universo movente, que ele experimenta como uma extensão indefinida de si mesmo."

O transitivismo exerce uma influência extraordinária no domínio das percepções e da linguagem e é considerado como um dado essencial na atividade alucinatória. Do mesmo modo, altera a capacidade de julgar e compreender a realidade, desde que se torna impossível estabelecer a distinção entre interioridade e exterioridade.

Os casos de transitivismo são observados na esquizofrenia paranóide e em enfermos com delírio oniróide.

Possessão Alteração da consciência do eu caracterizada pelo fato de o indivíduo sentir-se "possuído" por entidades sobrenaturais, especialmente espíritos ou pelo demônio.

Em seu trabalho fundamental sobre a possessão, T. K. Oesterreich reconheceu o caráter universal do fenômeno e procurou explicá-lo em termos de sugestão e como resultado de múltiplos desdobramentos do eu. Admitiu que a crença em espíritos desempenha papel importante no aparecimento da possessão. Em sua opinião: "Através da provocação artificial da possessão, o homem primitivo até certo ponto apossou-se dela para procurar voluntariamente a presença consciente do metafísico, e o desejo de gozar essa consciência da presença divina oferece forte incentivo para cultivar estados de possessão. Em muitos casos é provável que, exatamente como no moderno espiritismo, os imperiosos desejos de comunicação direta com ancestrais que partiram e outros parentes também desempenhe seu papel. A possessão começa a desaparecer entre as raças civilizadas assim que a crença nos espíritos perde seu poder. A partir do momento em que param de levar a sério a possibilidade de serem possuídos, já falta a necessária auto-sugestão".

Em seu bem documentado estudo, Oesterreich procurou destacar as relações da possessão com as condições sócio-culturais existentes entre os povos onde o fenômeno é observado.

Na clínica, observa-se que a possessão é acompanhada do sentimento de desdobramento da personalidade e se manifesta em sua forma típica no *delírio de possessão demoníaca*, descrito por Séglas. Nesses casos, o enfermo não só escuta a voz do demônio e sofre as suas injúrias, como o traz consigo; ele se tornou a sua morada, é seu escravo e deve obedecer a sua vontade, executa os atos que ele determina; não tem domínio nem mesmo sobre os seus pensamentos. Somente o demônio fala, age, pensa, sem que o possuído possa se opor à sua poderosa influência. Diz Séglas que essas idéias de possessão demoníaca podem ser encontradas entre os enfermos histé-

ricos, seja em casos isolados ou de forma epidêmica e, a esse respeito, são bem conhecidas as epidemias de possessão demoníaca descritas pelos autores antigos.

Em casos de melancolia, observa-se a síndrome de *pseudopossessão*, forma de delírio explicativo onde o tema da possessão é elaborado para representar o sentimento de indignidade e as idéias de sacrilégio que surgem na mente do enfermo.

Observa-se também os casos de *delírio de possessão corporal* por animais, dos quais os mais célebres são as licantropias, onde o paciente se crê transformado em lobo.

A *licantropia* foi uma das manifestações comuns na Idade Média. Os enfermos se queixavam de que tinham se transformado em lobo, ou tinham uma serpente dentro do corpo, ou múltiplos animais — insetos, ratos. Em sua manifestação mais completa, o enfermo se torna "corpo e alma" do animal. Com freqüência, a possessão é vivida não como a inclusão de um corpo em outro corpo, mas como a animação do corpo por um espírito. Este é o tema "sagrado" da possessão divina ou diabólica. A possessão por Deus é excepcional, porque o fenômeno é sempre vivenciado como um mal, algo que é terrívelmente maléfico para o enfermo.

Manifestações comuns de possessão são observadas, freqüentemente, em médiuns espíritas. Lhermitte descreveu casos de demonopatia em indivíduos que haviam padecido de encefalite letárgica epidêmica. "Dois dos enfermos não tinham crenças religiosas; assim se encontra legitimada a origem orgânica e não puramente psicogênica de certos delírios demonopáticos."

É interessante assinalar que as manifestações de possessão se observam com maior freqüência em enfermas histéricas e em casos de epilepsia.

Estados segundos Pierre Janet descreveu sob a denominação de "estados segundos", uma alteração especial da consciência vígil, que surge em conseqüência de acontecimentos desagradáveis. O enfermo vivencia estados de consciência alternantes, correspondentes a duas personalidades distintas: a consciente e a inconsciente ou reprimida, sem que uma conserve lembrança da outra. Durante a fase inconsciente o paciente manifesta certo grau de estreitamento da consciência e se mantém lúcido durante a fase consciente. O estado segundo é um transtorno neurótico e, na opinião de Bumke, trata-se do desempenho de um papel no qual se encontra empenhada a fantasia do enfermo, mesmo quando se tenha desdobrado a continuidade das recordações. O estado segundo é instável e pode ser provocado pela hipnose ou pela sugestão, sendo a amnésia lacunar e superficial, não revestindo os atos praticados em tal estado, na maioria dos casos, o perigo e a gravidade dos praticados nos verdadeiros estados crepusculares da epilepsia. No entanto, nos estados segundos, os enfermos podem realizar atos extravagantes e contraditórios em relação com o comportamento habitual. Nos estados segundos, na opinião de Janet, não existe obnubilação da consciência, mas um estreitamento do campo da consciência, sendo observados nos estados psicogênicos de sonambulismo, enquanto no sonambulismo que surge nos casos de epilepsia há uma perturbação de tipo confusional.

Na prática, os estados segundos são encontrados em enfermos histéricos e uma de sua manifestações mais freqüentes é o sonambulismo. Esses estados segundos têm muita importância do ponto de vista médico-legal, em virtude da possibilidade da prática de atos delituosos durante o estado de exceção, tornando-se muitas vezes difícil elucidar a responsabilidade penal de tais atos delituosos.

Convicção de inexistência pessoal Trata-se de uma convicção de inexistência do próprio corpo ou de certos órgãos, ou de que o enfermo não se encontra vivo e sim morto. O paciente apresenta uma forma de "aniquilamento da própria corporalidade".

Exemplo — *"Uma enferma deprimida sustenta continuamente que ela não existe há mais de dez anos; que o seu corpo é um cadáver; que não tem alma. No entanto, refere-se a si mesma, com freqüência, na terceira pessoa. Jamais expressa algo que possa ser interpretado como desconhecimento da realidade do mundo externo. Não só carece do sentimento de existência pessoal como se sente privada das impressões da própria atividade e autonomia. Diz freqüentemente 'Estou morta. Não tenho olhos nem nariz nem boca. Esta carne é um forro. Não tenho alma nem corpo. Como farei compreender que não existo?"* (Honório Delgado).

Encontra-se esta anomalia em enfermos esquizofrênicos ou em casos de depressão grave.

Valor semiológico

As alterações da consciência são observadas habitualmente nos transtornos mentais sintomáticos. As reações exógenas, de Bonhoeffer, sempre se acompanham de perturbações da consciência, bem assim as intoxicações e os traumatismo crânio-encefálicos.

Transtornos mentais sintomáticos A obnubilação da consciência representa um sintoma obrigatório na maior parte dos transtornos mentais sintomáticos. Nesses casos, a obnubilação tem valor de sintoma objetivo, visto que ela se reflete na expressão fisionômica e na conduta do enfermo.

O delírio oniróide apresenta-se no curso de enfermidades tóxicas e infecciosas. O desaparecimento do delírio é muitas vezes tão rápido como a sua apresentação, guardando o enfermo reminiscências esparsas e confusas do ocorrido durante o período agudo da doença. Em alguns casos, pode-se observar um delírio residual, isto é, a persistência de idéias deliróides na convalescença da enfermidade.

Os estados de onirismo costumam apresentar-se nas perturbações mentais exógenas e na esquizofrenia.

A amência aparece nas doenças infecciosas. Evolui para a cura dentro de poucas semanas, sem deixar sintomas residuais, com amnesia para cer-

tos acontecimentos e lembrança precisa para outros. Acompanha-se de desorientação, idéias deliróides e alucinações, cujo conteúdo se adapta ao estado angustioso. Em determinados casos, a obnubilação da consciência adquire grande intensidade.

Transtornos mentais alcoólicos Na embriaguez patológica observam-se habitualmente alterações da consciência. Nos casos graves, verificam-se obnubilação muito acentuada, alucinações e impulsos patológicos. No delirium de abstinência alcóolica, além do cortejo sintomático constituído pelas alucinações visuais e táteis, desorientação alopsíquica, idéias deliróides e alterações do humor, notam-se profundas alterações do sensório. A síndrome de Korsakov acompanha-se de ligeira obnubilação da consciência.

Epilepsia Na epilepsia observam-se alterações características da consciência. A supressão rápida da consciência é uma das mais freqüentes formas de início da crise generalizada. A ausência se caracteriza, essencialmente, pela perda súbita e momentânea da consciência.

A obnubilação é a alteração comum na fase pós-paroxística ou fora dela. Bleuler refere-se a ligeiros estados de obnubilação observados freqüentemente nos intervalos dos ataques, estados nos quais "as percepções passam a segundo plano, a orientação têmporo-espacial está falseada. Nos casos mais freqüentes há tendência a falar com um processo de pensamento retardado e dificuldade de encontrar as palavras". Outra forma de alteração da consciência são os estados crepusculares, que podem preceder ou seguir o acesso, ou constituir por si mesmos todo o acesso. Nesses casos, a orientação está perturbada não só no tempo, mas também no espaço e nas relações do enfermo com o ambiente. O pensamento se caracteriza por uma extraordinária perseveração. A vida interior é muito pobre. As lembranças mal delimitadas constituem bom sinal de obnubilação da consciência nos estados crepusculares.

Os estados crepusculares são observados com mais freqüência em casos de epilepsia, sendo quase regra a existência de amnésia dos fatos ocorridos durante o transtorno paroxístico. Em alguns enfermos, ao invés de um estreitamento da consciência, os pacientes revelam relativa lucidez da consciência: trata-se dos chamados *estados crepusculares lúcidos*, durante os quais os atos praticados pelo enfermo têm a aparência de normalidade.

Esquizofrenia Nos casos de esquizofrenia, observam-se alguns sintomas típicos como a vivência de transformação do eu. Verifica-se, ainda, o transitivismo, que representa um sintoma de primeira ordem para o diagnóstico da enfermidade.

Quadros neuróticos O êxtase é observado com maior freqüência em enfermos histéricos e mais raramente na esquizofrenia. As manifestações de possessão são encontradas habitualmente nos médiuns espíritas e os casos que chegam ao hospital psiquiátrico estão relacionados

com enfermos histéricos e epilépticos. Lhermitte relatou casos de possessão demoníaca em enfermos que haviam padecido de encefalite letárgica.

Os estados segundos são observados exclusivamente em enfermos neuróticos, sendo possível provocá-los pela hipnose ou pela sugestão. Uma de suas manifestações comuns é o sonambulismo.

Reações vivenciais anormais Em indivíduos predispostos, o encarceramento pode determinar o aparecimento de uma reação vivencial anormal, acompanhada de obnubilação da consciência, lentidão das percepções, dificuldade de compreensão, retardamento do curso do pensamento, desorientação auto e alopsíquica e amnesia correspondente ao período da doença. O enfermo apresenta sonolência, intranqüilidade, andando de um lado para outro, e sem iniciativa. O sintoma característico são as pára-respostas. Ao conjunto da síndrome se denomina *estado crepuscular de Ganser*.

10. Alterações da afetividade

Introdução psicológica

Chama-se *afetividade* a capacidade de experimentar sentimentos e emoções. A afetividade compreende o estado de ânimo ou humor, os sentimentos, as emoções e as paixões.

Jean Delay define o *estado de ânimo* ou *humor* como "a disposição afetiva fundamental, rica em todas as instâncias emocionais e vitais, que dá a cada um dos nossos estados de ânimo uma tonalidade entre dois pólos, um patético e outro apático. Na esfera tímica, que engloba todos os afetos, o humor representa um papel similar ao que a consciência tem na esfera noética, que engloba todas as representações; é, portanto, a mais elementar e ao mesmo tempo a mais geral".

Para Bleuler, o humor consiste na "soma total dos sentimentos presentes na consciência em dado momento". É a tonalidade afetiva que acompanha os processos intelectuais (percepções, representações, conceitos) em determinado momento e que varia de acordo com as circunstâncias. Os estados de consciência estão a todo instante impregnados por esta tonalidade afetiva fundamental, pois todo ato intencional encerra desde a sua origem uma tonalidade afetiva, do mesmo modo que nenhum estado afetivo é desprovido de significado. No estado de ânimo há a confluência de uma vertente somática e de uma vertente psíquica, que se unem de maneira indissolúvel para dar como conseqüência um colorido especial à vida psíquica momentânea.

Störring considera necessário estabelecer a diferença entre o humor fundamental ou dominante e os estados de ânimo mais superficiais e passageiros. O primeiro, escreve, costuma experimentar ligeiras variações periódicas e espontâneas (isto é, não provocadas por motivos exteriores) nos indivíduos normalmente sãos. O estado afetivo fundamental de um indivíduo (alegria, bem-estar, júbilo, felicidade, inquietação, angústia, tristeza, desespero) depende inteiramente das circunstâncias pessoais da vida, dos desejos, inclinações e especialmente do estado de sua saúde física. Muitas alterações desfavoráveis do estado afetivo são perfeitamente compreensíveis e respondem de maneira adequada a motivos psicológicos, como, por exemplo, a morte de um parente, uma enfermidade grave. Se o indivíduo não experimenta uma distimia, quando existe uma causa que justifique o seu aparecimento, deverá

ser considerado como anormal. Fala-se, ao contrário, da existência de uma distimia anômala quando não se encontra nenhum motivo que possa explicá-la ou o motivo admitido é insignificante e não mantém a devida proporção com a reação afetiva desencadeada (Störring). Segundo Kurt Schneider, um dos componentes principais do estado de ânimo básico é o sentimento geral de maior ou menor vitalidade que se encontra ligado a múltiplas sensações subliminares procedentes de diferentes órgãos ou regiões do corpo. O humor é vivido corporalmente: está unido à própria corporalidade. O enfermo maníaco sente o seu próprio corpo como flutuante, infatigável e cheio de vigor, enquanto o depressivo sente-o como apagado, pesado, decaído e murcho.

O estado de ânimo básico depende consideravelmente das condições vegetativas do organismo, e de modo especial de uma função que tem o seu centro no diencéfalo, à qual se dá o nome de função tímica.

O *sentimento* é um estado afetivo atenuado, estável, duradouro e organizado com maior riqueza e complexidade do que os elementos representativos. Kurt Schneider considera os sentimentos como "estados do eu" que não podem ser controlados pela vontade e que são provocados por nossas representações, pelos estímulos procedentes do mundo exterior ou por alterações sobrevindas no interior do organismo. Uma classificação dos sentimentos com base em sua estratificação foi estabelecida por Max Scheler, que os diferencia em quatro grupos: 1) sentimentos sensoriais; 2) sentimentos vitais; 3) sentimentos psíquicos ou anímicos, considerados como sentimentos do eu; 4) sentimentos espirituais ou da personalidade.

Os sentimentos sensoriais se encontram muito próximos da corporalidade, estão localizados em determinadas partes do corpo, tais como a dor e o prazer. Esses sentimentos não devem ser confundidos com as sensações. Diz Stumpf que todos os sentimentos têm "uma referência vivida ao eu (ou à pessoa) que os *distingue* dos outros conteúdos ou funções (perceber sensações, representar), referência em princípio diversa de outra que pode acompanhar o ato de representar, querer e pensar". Os sentimentos sensoriais têm algumas características especiais: atualidade, localização, funcionam como sinal, no sentido de que algo está ocorrendo, não têm duração definida e faltalhes intencionalidade, o que não ocorre com os sentimentos superiores.

Os sentimentos vitais, tais como o bem-estar e o mal-estar, o sentimento de saúde ou de enfermidade, os sentimentos de vida ascendente ou descendente, a calma e a tensão, a alegria, a tristeza e a angústia não espiritual, pertencem ao organismo como totalidade. Ao contrário dos anteriores, os sentimentos vitais não estão localizados; neles existe continuidade, duração e intencionalidade.

Os sentimentos psíquicos ou anímicos pertencem ao eu. A tristeza e a alegria são claramente intencionais. Lersch considera-os como "sentimentos dirigidos", pelo fato de tratar-se de formas sentimentais reativas diante do mundo exterior. O indivíduo pode tornar-se triste ou alegre em conseqüência de uma notícia, o que demonstra, neste caso, a participação ativa do eu. Os sentimentos anímicos não estão ligados diretamente à percepção, mas ao sentido, ao significado do percebido. Não representam uma função do eu, senão uma modalidade do eu. Tristeza e alegria são sentimentos claramente intencionais, próprios do eu, que podem também manifestar-se como sentimentos vitais, quando provenientes do fundo endotímico.

Por último, os sentimentos espirituais. Esses sentimentos estão subordinados aos conteúdos das vivências. Trata-se de sentimentos relativos ao núcleo da personalidade." A atitude afetiva de uma pessoa em determinada situação deriva do núcleo de sua personalidade, o que se poderia chamar o *seu eu*, e ocasiona, espontaneamente, as intelecções condicionadas sentimentalmente, as quais, por sua vez, podem funcionar depois de algum tempo como núcleos de cristalização plenos de sentido para seus sentimentos e tendências valorativas" (Störring). A beatitude, o desespero, o remorso, a paz e a serenidade espiritual são exemplos desta suprema região da vida emocional, na qual o ser pessoal não está entregue a nada alheio, pois "são precisamente o ser e o valor por si mesmo da própria pessoa que constituem o fundamento da beatitude ou do desespero" (Scheler).

A *emoção* é um estado afetivo intenso e complexo, proveniente de uma reação ao mesmo tempo psíquica e orgânica, do indivíduo inteiro contra certas excitações internas ou externas (Lahr). A emoção está na dependência dos centros diencefálicos e acompanha-se normalmente de reações neurovegetativas (motoras, secretoras, viscerais, vasomotoras) e psíquicas, que se manifestam objetivamente pela *expressão* da emoção.

A *paixão* é definida por Henri Piéron como a "tendência predominante e geralmente exclusiva, que exerce, de maneira mais ou menos constante, uma ação diretriz sobre a conduta e o pensamento, dirigindo os juízos de valor e impedindo o exercício de uma lógica imparcial". A paixão, diz Ribot, é a emoção em permanência.

O estado de ânimo influi consideravelmente na direção de nossa conduta e no curso do pensamento. "A euforia faz o pensamento fácil, a tristeza torna-o arrastado e lânguido." As emoções influenciam e, algumas vezes, chegam a dominar de modo completo o curso do pensamento.

Patologia e valor semiológico

Entre as alterações da afetividade, estudam-se as seguintes:

Hipertimia Na hipertimia ou estado de ânimo morbidamente elevado, distinguem-se a euforia e a exaltação afetiva patológica.

A *euforia simples* se traduz por um estado de completa satisfação e felicidade. Verificam-se elevação do estado de ânimo, aceleração do curso do pensamento, loquacidade, vivacidade da mímica facial, aumento da gesticulação, riso fácil e logorréia. A euforia simples é observada nos indivíduos predispostos constitucionalmente e, em sua forma pura, na fase maníaca, nos estados hipomaníacos, na embriaguez alcoólica, na demência senil. Na epilepsia, podem-se verificar estados de euforia simples, nas crises de automatismos mímicos, em geral de duração rápida, que se manifestam por acessos.

Na *exaltação patológica* há não só euforia, mas, também, aumento da convicção do próprio valor e das aspirações. Vai acompanhada de acelera-

ção do curso do pensamento, que pode chegar à fuga de idéias, desviabilidade da atenção e certa facilidade para passar rapidamente do pensamento à ação. A instabilidade afetiva desses enfermos se traduz pela extrema facilidade com que eles passam da euforia à tristeza ou à cólera. O estado de ânimo é o da distimia expansiva. Nos estados de exaltação patológica os enfermos dão a impressão de mais jovens, há aumento do *turgor vitalis*, manifestações de apetite voraz e de excitação sexual, insônia, grande facilidade dos movimentos expressivos e tendência irresistível à ação.

Hipotimia Na hipotimia ou depressão patológica, verifica-se o aumento da reatividade para os sentimentos desagradáveis, podendo variar desde o simples mal-estar até o estupor melancólico. Caracteriza-se, essencialmente por uma tristeza profunda e imotivada, que se acompanha de lentidão e inibição de todos os processos psíquicos. Em suas formas leves, a depressão se revela por um sentimento de mal-estar, de abatimento, de tristeza, de inutilidade e de incapacidade para realizar qualquer atividade. Nas formas graves, os doentes apresentam um estado de profundo abatimento: fisionomia triste, traços contraídos, atitude em semiflexão. Os enfermos estão dominados por um profundo sentimento de tristeza imotivada. No doente deprimido, as percepções são acompanhadas de uma tonalidade afetiva desagradável: tudo lhe parece negro. Os doentes perdem completamente o interesse pela vida. Nada lhes interessa do presente nem do futuro e, do passado, são rememorados apenas os acontecimentos desagradáveis. As percepções são lentas, monótonas, descoloridas. Ao enfermo parece que os alimentos perderam o sabor habitual. Nos estados depressivos, as ilusões são mais freqüentes do que as alucinações. As idéias deliróides são comuns, expressando geralmente idéias de culpabilidade, de indignidade e de auto-acusação. O pensamento é lento e o próprio ato-de-pensar é acompanhado de um sentimento desagradável. O conteúdo do pensamento exprime motivações dolorosas. O doente não pode livrar-se de suas idéias tristes.

O quadro clínico da depressão patológica é caracterizado pela inibição, refletida na lentidão e pobreza dos movimentos, na mímica apagada, na linguagem lenta, monótona, algumas vezes expressa numa voz sussurada. Em alguns casos, a inibição motora acompanha-se de um estado de tensão da musculatura voluntária, quadro clínico esse denominado pelos antigos autores "estado atônito".

Os sintomas somáticos são evidentes. As alterações vasomotoras se revelam pelas mãos frias e cianosadas, pela cianose dos lábios e pela hipotermia. São freqüentes os espasmos vasculares, com elevação da pressão arterial, palidez da face e diminuição do *turgor vitalis*. Os doentes dão a impressão de mais velhos. As perturbações digestivas são constantes: língua saburrosa, inapetência, prisão de ventre. As perturbações circulatórias ocasionam um sentimento subjetivo de opressão na região cardíaca, determinando a chamada angústia precordial.

Em determinados casos, sob a influência de fatores externos ou em conseqüência de causas internas temporárias, a depressão pode aumentar de modo considerável, determinando um estado de excitação ansiosa, quando o

enfermo, não encontrando solução para o sofrimento intolerável, tenta o suicídio.

A depressão patológica é um dos sintomas fundamentais dos transtornos mentais afetivos, em sua fase melancólica. Estados depressivos podem ser observados em todos os quadros psicóticos e neuróticos. Mas, nos transtornos mentais afetivos a depressão tem uma origem endógena, está ligada a fatores afetivos internos, que escapam à compreensão do doente. Nos quadros neuróticos, ao contrário, a depressão é reativa, isto é, psicogênica, originando-se de situações compreensíveis e de experiências desagradáveis. A sua anormalidade está apenas na intensidade e na duração do estado depressivo, que não corresponde às causas que a determinaram. Além disso, costuma desaparecer com relativa facilidade quando se modifica a situação externa desfavorável, enquanto na melancolia a depressão é inacessível às influências exteriores.

Exemplo clínico — Um enfermo de Honório Delgado, portador de depressão melancólica em vias de remissão, descreveu, retrospectivamente, alguns traços do seu estado depressivo: "*Como se fosse uma onda de sofrimento, de incompreensão, de desarmonia, de impotência; um estranho sentimento, muito íntimo, de ausência de vontade de agir... sem desejo para nada... Há ausência quase absoluta dessa força espiritual que impulsiona as idéias e nos faz pensar em algo... Parece que o meu receptor mental, que normalmente tem certa quantidade de fluido gerador de força, tinha carga muito reduzida... diríamos como a luz amarela de um carro com acumulador descarregado, que só ilumina um metro de caminho, impossibilitando a visão da perspectiva. O que se experimenta com maior intensidade é uma enorme onda de algo que é mais do que sofrimento e impotência juntos, que asfixia o espírito... Sinto enorme peso de arrependimento e pesar por ter ocasionado sofrimento aos meus, pois eu matei minha mãe de preocupação com todas as minhas loucuras. Tudo isso me faz desejar a morte...*".

Apatia ou indiferença afetiva Bleuler salienta com muita razão que a apatia, no sentido de que a afetividade esteja completamente abolida, não se observa nunca em nenhum transtorno psicótico. Entretanto, a diminuição dos móveis afetivos é um sintoma constante em várias enfermidades mentais. Na esquizofrenia, por exemplo, os autores antigos admitiam a existência de um "embotamento afetivo", no sentido de uma derrocada completa da afetividade. Observações posteriores revelaram que nesta enfermidade não existe,"embotamento afetivo"; ao contrário, as alterações afetivas são devidas aqui a um "transtorno da coordenação" entre os sentimentos e o pensamento. O que se verifica, na realidade, é uma alteração qualitativa dos processos afetivos, tornando os sentimentos dos esquizofrênicos inadequados e inteiramente incompreensíveis para as pessoas normais. Os enfermos se conservam apáticos e indiferentes diante de situações emocionais ou se manifestam alegres ante acontecimentos que, normalmente, provocam tristeza.

Indiferença afetiva e uma completa ausência de "sensibilidade moral" são observadas em certas personalidades anormais, especialmente naqueles

indivíduos os quais Kurt Schneider chama "insensíveis". Diz Schneider: "São indivíduos destituídos de compaixão, de vergonha, de sentimento de honra, de remorso e de consciência". Muitos assassinos são personalidades anormais insensíveis. A indiferença afetiva revelada por certos criminosos habituais pode conduzir ao erro de considerá-los como esquizofrênicos. Bonhoeffer deixou uma descrição muito viva das alterações afetivas reveladas por estes delinqüentes: "O sintoma se manifesta sob a aparência de estoicismo diante de situações que se tornariam desagradáveis e até insuportáveis para um indivíduo são. Em primeiro lugar, a simples inação (não fazer nada), que se torna tão desagradável — quando muito prolongada — às pessoas normais, persiste e se observa nesses pacientes durante meses seguidos, inclusive no mais absoluto isolamento, sem que nem por um instante sequer revelem alguma iniciativa ou manifestem verdadeiro desejo de trabalhar. Muitas vezes contrasta com esta indiferença uma rápida e quase impulsiva compreensão da situação, por exemplo, diante da impossibilidade de evasão". Esse estado de apatia, de indiferença emocional, assemelha-se a certos casos de inafetividade dos hebefrênicos. Mas uma indiferença afetiva real, no sentido de uma incapacidade para sentir emoções delicadas, só é observada nas personalidades psicopáticas insensíveis. Kurt Schneider chama a atenção para a particularidade de que nem todos os "psicopatas insensíveis" são obrigatoriamente anti-sociais, pois existem as *naturezas de aço*, os "indivíduos capazes de marchar sobre cadáveres".

Admitia-se antigamente que nos estados demenciais e na deficiência mental existe uma obrigatória deficiência da afetividade. Entretanto, Bleuler mostrou que, nesses casos, o transtorno se concentra na capacidade de raciocínio e não no campo da afetividade. "Os pacientes perderam o conceito do que é permitido, do que é bom e do que é belo (moralmente falando), e por conseguinte não podem por isso revelar sentimento algum. Quando se consegue, por qualquer artifício, fazê-los compreender uma situação, a reação afetiva correspondente aparece sem deficiência, manifestando-se, ao contrário, muitas vezes mais intensa e mais fácil pela diminuição das funções inibidoras. A idéia de que o déficit intelectual congênito se acompanha, como regra geral, de um déficit afetivo deve também sofrer limitações" (Bumke).

Exemplo — "*A minha condição espiritual, a situação dos meus sentimentos é incompreensível, é um estado de impossibilidade de sentir emoções. Não posso, mesmo que queira, experimentar amor ou ódio; não tenho nenhuma espécie de emoções, não consigo sentir alegria, por exemplo, nem muito menos tristeza; não tenho medo de nada, nem de ninguém, nem de nenhum perigo. Quando houve o tremor de terra na semana passada, eu me encontrava no salão de bilhar e todos saíram correndo no maior desespero. Eu permaneci completamente indiferente, apesar de compreender o perigo a que estava exposto.*"

Manifestações de indiferença afetiva são também observadas nos neuróticos. Na melancolia, o desinteresse pelas coisas do mundo exterior revelado pelos enfermos pode conduzir ao erro de considerá-los como casos de apatia esquizofrênica.

Sentimento de falta de sentimento Em pacientes esquizofrênicos observa-se o curioso fenômeno do sentimento de falta de sentimento. Os enfermos se queixam de que não experimentam sentimentos de espécie alguma, de que não sentem ânimo para participar de festas ou de qualquer tipo de distração. Recusam ir às sessões de praxiterapia ou a diversões ou passatempos promovidos no meio hospitalar. Um dos nossos enfermos nos disse certa ocasião: "Eu não sinto emoções. Acabaram-se as minhas emoções. Desejo sentir emoções. Ouvir música e sentir emoções. Passe um remédio que me faça sentir emoções."

Sentimento de insuficiência Os enfermos deprimidos manifestam alterações dos sentimentos no sentido de uma espécie de "sentimento de insuficiência", que os incapacita para a prática de qualquer ação. Trata-se de uma incapacidade real, motivada pelo transtorno primário da afetividade. Diz Jaspers que a consciência de ser inútil para o mundo real, incapaz para qualquer ação necessária, inapto para determinar-se, a indecisão, o sentimento de não ser capaz, de não poder pensar, de ter perdido a memória, causam um profundo sofrimento ao paciente. Nem sempre essas queixas correspondem a uma insuficiência real, ou podem existir em grau moderado. Correspondem, provavelmente, à inibição geral que acompanha os casos de depressão.

Sentimentos sem objeto Em determinados casos é possível observar o aparecimento de sentimentos sem objetos, pelo menos na aparência, mas que ocasionam profundo sofrimento aos pacientes. Nas depressões endógenas pode-se verificar uma espécie de angústia indeterminada, que não se encontra ligada a nenhum fato real, à qual Bleuler denominou "angústia flutuante". Em alguns casos, esse tipo de angústia determina um estado de grande inquietação, que pode determinar a prática de atos de extrema violência contra si mesmo ou contra pessoas do ambiente.

Sentimentos inadequados Em pacientes esquizofrênicos, algumas vezes, as reações são inteiramente inadequadas aos estímulos. Acontecimentos que, normalmente, produzem reação intensa em indivíduos sãos, podem ocasionar, nesses enfermos, uma reação paradoxal; os fatos podem ser acompanhados da mais completa indiferença, ou, em determinadas circunstâncias, fatos banais provocam intensas reações afetivas. Um enfermo hebefrênico assim se referiu à morte do pai: "Na ocasião eu me encontrava em casa, acompanhei o funeral e fiquei muito satisfeito porque não era a mim que estavam enterrando. Agora me encontro enterrado vivo."

Bleuler descreveu a inadequação dos sentimentos com a denominação de "dissociação afetiva", admitindo que se tratava de um sintoma primário da esquizofrenia. Por dissociação afetiva, compreende-se uma alteração da referência dos sentimentos e das emoções às circunstâncias do momento, dando como resultado uma alteração das conexões normais no sentido de inadequação afetiva. Fala-se, em sentido geral de "dissociação afetiva" como uma dissolução das lógicas dos sentimentos.

Exemplo — *"A paciente, com 18 anos de idade, não apresentou alterações durante os anos escolares. Ao término do curso primário fez a aprendizagem de costureira, realizando durante os dois primeiros anos excelentes progressos na profissão. No terceiro ano, inesperadamente, adoeceu. Não podia trabalhar nem se alimentar, perdeu a capacidade de concentração e somente após grande esforço conseguia tomar alguma decisão. Tinha a impressão de que o mundo se tornara pardacento. No primeiro surto, pobre de sintomas, houve remissão com o tratamento insulínico. Nove meses depois apresentou o segundo surto, acompanhado desta vez de excitação, que motivou a sua internação. Aparentemente, não presta atenção ao que acontece em torno de sua pessoa, porém conhece pelos nomes o médico e a enfermeira e sabe perfeitamente que se encontra internada numa clínica. O comportamento é alternante: ora está tranqüila no leito, ora começa a andar de um lado para outro, desfaz a cama, dirige cumprimentos amistosos às pessoas e, subitamente, começa a gritar e a cuspir em todas as direções, sem levar em conta as pessoas que se encontrem em sua frente. De vez em quando grita como uma desesperada. Ao ser levada ao refeitório, experimenta a comida, joga o prato para longe e grita para a enfermeira que estão lhe dando veneno. Em seguida ri de maneira descontrolada, dá gargalhadas. Depois de algum tempo, durante o qual se manteve tranqüila e abordável, começa a insultar as pessoas presentes e entre a torrente de insultos intercala gargalhadas, corre de um lado para outro, grita, lançando impropérios. Pouco a pouco vai ficando tranqüila e depois de algum tempo se mostra tão atenciosa como em seus tempos de normalidade. Um tio materno é alcoolista crônico. Uma irmã e dois irmãos sofrem de esquizofrenia"* (Bash).

Qualidades novas dos sentimentos Nos quadros de estado da esquizofrenia é muito comum verificar-se que o enfermo revela sentimentos e estados de ânimo qualitativamente novos, na maioria das vezes indefinidos e incompreensíveis. Os pacientes fazem referência a sentimentos de pavor, de desespero, de solidão, de desprezo social, ou a sentimentos de beatitude e de iluminação divina.

Diz Nágera que a indeterminação dos sentimentos, unida à mudança de qualidade, determina o aparecimento de inexplicáveis sentimentos de solidão, de inadaptação ao ambiente, de encontrar-se fora do mundo, "de não estar de acordo consigo mesmo", de revelar contradições em seus mais íntimos sentimentos.

Pânico O pânico consiste numa vivência de extraordinária repercussão psíquica, tão intensa em certos casos que se tem tentado denominá-la de *reação neurótica de pânico*. Trata-se de uma síndrome fugaz observada em raras ocasiões, principalmente na guerra, nas grandes catástrofes e nos tremores de terra. Baelz chamou de *estupor emotivo* a uma intensa comoção psíquica originada pelo medo. Caracteriza-se pela cisão dos processos psíquicos afetivos, paralisia dos sentimentos e ligeira obnubilação do sensório. O indivíduo permanece apático e indiferente, porque não pode chorar, nem expressar nenhum sentimento. Manifesta-se imediatamente depois da

comoção. Observa-se em alguns soldados ou operários retirados dentre escombros causados por deslizamentos de terra: nos primeiros instantes, o indivíduo parece inteiramente normal, para em seguida submergir no estupor. Trata-se de um bloqueio psíquico parcial da consciência, pois os reflexos tendinosos, sensitivos, luminosos e viscerais estão conservados. Em alguns casos, o quadro clínico se complica com idéias deliróides de tipo persecutório e alucinações, reveladas através de algumas palavras, cujo quadro se mantém por alguns dias. O estupor psicogênico não impede que o enfemo se mantenha asseado, procure posições cômodas e se alimente em horas certas, o que demonstra a conservação de certo grau de lucidez do sensório.

Honório Delgado descreveu um quadro clínico denominado de "reação neurótica de pânico", como uma reação aguda provocada por situações intempestivas de grande perigo, o que causa profunda impressão. A resposta emocional é de terror pânico, com alterações momentâneas da consciência. É observada nas situações de catástrofes, especialmente em pessoas predispostas emocionalmente. Os sintomas vinculados ao estado emocional, com violenta repercussão somática, são os seguintes: estupor, estupor emocional, vertigens, lipotimias, relaxação muscular, vômitos e incontinência vesical e intestinal, ou, ao contrário, tempestade motora, excitação intensa acompanhada de gritos. Em uma ou outra forma costumam apresentar-se vários graus de perturbação da consciência, algumas vezes idéias deliróides, ou simples desorientação, com ou sem amnésia subseqüente. Passada a causa imediata, a crise desaparece por completo, ainda que nem sempre de imediato: este é o traço distintivo das reações histéricas, cujas reações persistem durante longo tempo. Por sua vez, tem sido observado em grandes catástrofes que indivíduos propensos a manifestações histéricas se comportam de maneira normal, ou vêm a apresentar fenômenos histéricos reativos depois de passado o perigo. O prognóstico nem sempre é bom: as pessoas frágeis que tenham apresentado em alguma ocasião uma reação de pânico, em situações de real perigo, por exemplo, as de trabalho em minas ou na aviação, podem apresentá-la de novo sem que exista maior risco de volta a suas ocupações habituais. Nesses casos, impõe-se a mudança de ambiente.

Sentimentos de presença O enfermo tem a certeza imediata de que alguém está ao seu lado, atrás dele, sente a presença de alguém que nunca é visto, porém está certo de que está próximo ou se afasta. Santa Margarida Maria, modesta freira da Ordem da Visitação, a partir de certa época "renunciou a todos os seus desejos naturais de felicidade, de estima e de repouso, pela doação constante de si mesma". Durante esta fase começou a perceber algo estranho e indefinível, uma espécie de sentimento de presença, como se o Senhor estivesse sempre ao seu lado. Não O via com os olhos, nem ouvia a Sua voz, mas tinha a certeza de que Ele a acompanhava em todos os lugares. "Sentia-O como se estivesse continuamente junto dela, e este sentimento causava-lhe a consternação mais profunda, revelando-se até nas suas atitudes físicas, pois, quando só, conservava-se prostrada no chão ou de joelhos."

Irritabilidade patológica Bleuler considera a irritabilidade patológica como uma predisposição especial ao desgosto, à ira e ao furor. Observa-se com freqüência em neurastênicos, nos quais o sintoma bem característico é a chamada "debilidade irritável". Os enfermos manifestam impaciência, irritabilidade, aumento da capacidade de reação para determinados estímulos e intolerância pelos ruídos. Nesses casos, como Bumke salientou, a perturbação consiste, na realidade, no aumento da tonalidade afetiva própria das percepções: tanto assim que se pode verificar certa contradição na conduta dos doentes, os quais sofrem mais com a falta de consideração do ambiente do que propriamente com os ruídos produzidos no meio exterior.

Nas personalidades anormais explosivas, o sintoma principal é a irritabilidade patológica. Nesses enfermos existe um grau elevado de reatividade emotiva, unido a uma extraordinária tensão afetiva, que se descarrega sob a forma de reações de tipo "curto-circuito": paroxismos coléricos ou furiosos que põem em perigo a vida de pessoas do ambiente. Esses indivíduos, por exemplo, ouvem uma palavra qualquer e, antes que tenham compreendido o seu verdadeiro sentido, reagem de maneira explosiva, respondendo com insultos ou com atos de violência.

Nos estados de exaltação maníaca, quando os conflitos se tornam inevitáveis em virtude de o enfermo manifestar superestimação da própria personalidade e elevação das aspirações, observam-se freqüentemente explosões de cólera.

Bleuler refere-se a estados de *furor* apresentados pelos deficientes mentais, nos quais os enfermos voltam a agressividade contra si próprios, o que raramente acontece com os demais doentes mentais. Os pacientes rasgam as vestes, arrancam os cabelos, arranham as faces ou destroem objetos, com os quais se ferem. Em esquizofrênicos, podem-se verificar manifestações de grande irritabilidade, quando os enfermos se tornam agressivos e destruidores.

Mas onde as manifestações de irritabilidade mórbida se tornam mais características é na epilepsia. Bleuler diz que "nos epilépticos existe freqüentemente, uma irritabilidade crônica". De modo geral, os autores do século passado acentuavam, em demasia, o problema da irritabilidade desses enfermos. Como exemplo, cito algumas opiniões neste sentido. Legrande du Saulle escreveu: "Fora de toda crise convulsiva, os epilépticos são egoístas, desconfiados, sombrios, irritáveis e coléricos. Um gesto, um simples olhar bastam para causar-lhes, muitas vezes, a mais penosa das impressões, inflamar-lhes a cólera. Desconfiados, questionadores, de trato difícil, não estimam ninguém, queixam-se sem razão, disputam, fazem-se odiar. Os seus movimentos impetuosos não excluem nem a pusilanimidade nem a covardia; neles, tudo é contraditório: o mesmo homem que já um instante nos despertou a atenção pelo seu humor frenético, mau, rebelde, apresenta-se agora submisso, polido, lisonjeiro, obsequioso e humilde...". Para Schüle, "o caráter dos epilépticos consiste numa extraordinária irritabilidade mórbida, que rapidamente se transforma em atos impulsivos. São indivíduos caprichosos, desconfiados, excitados contra si mesmos e contra os outros, turbulentos, maus vizinhos,

ora de uma alegria cuja causa muitas vezes ignoram, ora de uma depressão exagerada, agora humildes e com tendências religiosas, logo orgulhosos, duro e maus".

Cabe a J. Falret o mérito de ter sido, provavelmente, o primeiro a destacar as características psicológicas dos epilépticos, fora das crises convulsivas. Em 1861, Falret escreveu: "A irritabilidade constitui o traço dominante dos epilépticos. Esses doentes são geralmente desconfiados, questionadores, predispostos à cólera..." "...irritam-se com grande facilidade pelos motivos mais simples, entregando-se mesmo, freqüentemente, a atos de violência, instantâneos as mais das vezes, sem provocação nenhuma de parte daqueles que são suas vítimas". Refere-se Júlio de Matos a esses enfermos como apresentando "uma excessiva irritabilidade, sempre pronta a explodir em cólera, não raro impulsionados irresistivelmente à pratica das ações mais violentas e cruéis".

As reações afetivas, de modo geral, são patologicamente intensas, os sentimentos duradouros e difíceis de serem substituídos uns pelo outros. Isto acontece tanto com a irritabilidade quanto com os demais sentimentos — afeição, alegria, cólera. Os fatos sem importância têm a mesma acentuação emocional que os importantes. O que se refere ao próprio enfermo é acompanhado de grande interesse.

Tenacidade afetiva A tenacidade afetiva consiste na persistência anormal de certos estados afetivos, como o ressentimento, o ódio e o rancor. Em virtude dessa fixação prolongada de sentimentos desagradáveis, o enfermo está sempre de mau humor e encara todos os acontecimentos da vida através de um prisma pessimista. Bleuler chamou a atenção para o fato de que, na epilepsia, os estados emotivos de excitação, uma vez estabelecidos, duram um tempo anormalmente longo, ainda que possam ocorrer no mesmo período certos acontecimentos que, por sua natureza, despertam sentimentos agradáveis. "Um pequeno desgosto" — diz Bleuler — "pode durar dias em um deficiente mental. Tais enfermos têm uma ductilidade afetiva muito pequena. Em pessoas que não estão doentes mentalmente, pode-se observar uma duração excessiva dos estados emotivos, fazendo com que não possam sair de uma distimia e, por exemplo, devam levar sempre consigo um ódio."

A tenacidade afetiva é própria dos epilépticos, conforme assinalou Kleist, a perseveração dos epilépticos é um fenômeno geral, semelhante à sonolência ou ao estupor, e abrange também os processos afetivos. Daí a persistência anormal dos sentimentos observada nesses enfermos.

Instabilidade afetiva A instabilidade afetiva é um estado especial em que se produz a mudança rápida e imotivada do humor, sempre acompanhada de extraordinária intensidade da reação afetiva, que se processa com duração muito limitada. Esta forma súbita de reagir diante dos diferentes estímulos do meio exterior revela enfraquecimento da inibição, que se mostra incapaz de controlar a intensidade das reações. Diz Bleuler: "As crianças normalmente são instáveis e nisso elas podem ser comparadas, com razão, aos senis. Nestes, os sentimentos aumentam com facili-

dade, mas não duram e facilmente desaparecem. A labilidade afetiva é também algo comum em casos avançados de transtorno mental afetivo. Também os deficientes mentais podem padecer do mesmo''.

Kurt Schneider descreve um tipo de personalidade anormal, caracterizado essencialmente pela labilidade do estado de ânimo. Admite o autor que é possível destacar uma forma especial de psicopatia, na qual, embora o estado de ânimo permanente não seja de tipo depressivo, existe tendência periódica a reações depressivas intensas, com os traços fundamentais de mau humor e irritabilidade.

Na demência senil, observa-se grande labilidade afetiva, que se exterioriza através de queixas, lamentações constantes e choro fácil.

Incontinência emocional A incontinência emocional é uma forma de alteração da afetividade que se manifesta pela facilidade com que se produzem as reações afetivas, acompanhadas de certo grau de incapacidade para inibi-las. Diz Bleuler que a maioria dos pacientes com incontinência emocional domina-se pior que os demais. Tem de ceder diante dos acontecimentos mais insignificantes, tanto no que se refere a sua expressão como à ação que deles se deriva. Bleuler cita o exemplo de um deficiente mental que não podia jogar cartas porque denunciava seu jogo com a fisionomia.

A incontinência emocional é um dos sintomas freqüentes nas perturbações psíquicas provocadas por lesões orgânicas do cérebro, manifestando-se também em várias casos de transtornos neuróticos e psicóticos.

Na aterosclerose encefálica a incontinência emocional constitui um dos sintomas mais característicos da enfermidade. Nesses casos, os próprios enfermos se queixam de extrema facilidade para emocionar-se, com tendência ao choro fácil, o que não ocorria antes de adoecer. Segundo Nágera, a instabilidade afetiva nem sempre se apresenta unida à incontinência emocional, pois existem pessoas que não podem conter suas emoções, embora revelem tenacidade afetiva.

Sugestibilidade patológica É uma alteração de ordem tanto afetiva quanto volitiva. Trata-se de uma predisposição psíquica especial, que determina uma receptividade e uma submissão muito fáceis às influências estranhas exercidas sobre o indivíduo. No terreno puramente psíquico, encontra-se a sugestibilidade nos histéricos, razão pela qual se tornam esses enfermos muito favoráveis à produção de estados hipnóticos, de sintomas somáticos e até mesmo de sintomas psicóticos — as chamadas perturbações mentais induzidas ou por contágio mental. Em alguns histéricos, a sugestibilidade é exercida tanto no domínio da vida interior (auto-sugestibilidade) quanto em relação ao meio exterior (hetero-sugestibilidade).

A sugestibilidade é também muito comum nos deficientes mentais e nos estados demenciais, nos quais é uma conseqüência de insuficiência intelectual. Na demência senil a sugestibilidade adquire grande significação do ponto de vista médico-legal, em virtude de estarem esses enfermos sujeitos a

explorações prejudiciais a seus interesses pessoais, extorsão de dinheiro, captação de herança.

A sugestibilidade pode ser também observada nos estados de excitação maníaca e nos alcoolistas. No delirium de abstinência alcoólica, por exemplo, podem-se sugerir facilmente várias coisas ao enfermo, inclusive alucinações.

Na catatonia, a sugestibilidade é predominantemente motora, razão pela qual será estudada nas alterações da atividade voluntária.

Puerilismo O termo puerilismo é empregado em psiquiatria para designar as alterações mentais caracterizadas pela regressão da personalidade adulta ao nível do comportamento infantil. Em conseqüência, o enfermo adota inconscientemente as atitudes, a linguagem e o estado de ânimo de uma criança.

Dupré e Devaux fizeram uma descrição completa do puerilismo em um caso de tumor fronto-temporal: ''O puerilismo se manifesta, através dos atos comuns da vida cotidiana, por reações de impaciência e de obstinação fúteis por seus motivos, ingênuos em sua expressão e desproporcionados por sua intensidade; pelo emprego de locuções e fórmulas infantis em sua linguagem, pela maneira simples, monótona, impessoal e declamatória de seus relatos; por sua expressão um tanto abobada, de uma torpeza que se diria afetada da mímica e da atitude; pela sugestibilidade extrema na conversação, a natureza pueril de suas frases, de suas ocupações. Dir-se-ia que, em certos momentos, segundo uma expressão familiar, porém verdadeiramente justa, o enfermo está bestializado''.

Trata-se de uma verdadeira regressão da vida mental aos estágios da infância. Essa regressão se exterioriza através da atitude, da mímica, da linguagem e das ocupações do enfermo, ''traduzindo a natureza pueril de seus sentimentos, gostos, tendências e apetites''.

Na descrição de Dupré e Devaux, esse estado se manifesta ligado a profundos transtornos da memória e a um verdadeiro estado demencial. O puerilismo é observado, também, em neuróticos (histeria), em casos orgânicos (demência senil, tumores cerebrais) e, transitoriamente, ''como reação a determinadas reações existenciais críticas, em que esse transtorno adquire a significação de uma defesa neurótica do eu contra a angústia. Em tais casos, não há dissolução definitiva da personalidade adulta, mas apenas um eclipse acidental da mesma, que, não podendo superar a situação presente intolerável, busca refúgio no passado''.

Moria Bruns e Jastrowitz deram o nome de moria a um estado de excitação alegre associado a certo puerilismo mental. Nesses casos os enfermos fazem bufonarias, caretas, não permanecem quietos um só instante; o humor é extremamente instável; tornam-se cada vez mais exuberantes, loquazes, riem às gargalhadas. Um paciente de Gowers apanhava e escondia os lençóis de seus companheiros; um enfermo de Meyer ria a todo tempo às gargalhadas sem nenhum motivo aparente. Um outro de Baruk apresentava características mais salientes desse estado mental: desde a sua entrada no serviço circulava constantemente pela enfermaria, passando pelo nariz dos

outros enfermos o dedo sujo de fezes e rindo às gargalhadas. Perseguia sem cessar a enfermeira-chefe, dirigindo-lhe palavras obscenas. Não permanecia quieto, fazia caretas e provocava o riso de todos os outros pacientes. Durante a visita médica, quando o interrogavam, respondia de modo cada vez mais breve e grotesco, acompanhando indefectivelmente suas perguntas com a expressão: "Sim, mestre, sim, querido mestre."

A moria foi descrita primeiro em casos de lesões do lobo frontal (tumores, principalmente) e posteriormente nas demências senis e pré-senis. A intranqüilidade motora e a turvação da consciência são elementos que servem para a distinção entre a moria e a euforia maníaca e a jovialidade e patetice dos hebefrênicos.

Angústia Blaser e Poeldinger estudaram a evolução do conceito de angústia, admitindo que se deve a Kierkegaard a primeira distinção entre temor referido a um objeto e angústia livre e flutuante desprovida de objeto. Esta distinção foi adotada por Karl Jaspers, em edições posteriores de sua *Psicopatologia*, tendo deixado claro o seu conceito ao escrever: "Sentimento freqüente e torturante é a angústia. O medo se refere a alguma coisa. A angústia é sem objeto."

Desde então, esta tem sido a orientação seguida pelos tratadistas, entre os quais se encontra H. Binder, que desenvolveu amplas considerações no sentido de estabelecer os limites entre medo e angústia: "Se procurarmos estabelecer a diferença entre esses dois estados de ânimo, a introspecção nos mostrará que a vivência afetiva de encontrar-se em perigo aparece em duas modalidades diferentes: em uma forma diferenciada, em que o referido sentimento surge em estruturas psíquicas amplamente configuradas, precisas e determinadas, quando se costuma falar quase sempre da presença de medo ou temor, e em forma mais primitiva, que se designa de modo geral como angústia e que corresponde a estratos psíquicos mais profundos que, com freqüência, são menos claramente conscientes e conservam conexões psíquicas mais difusas e menos articuladas. Alguém teme *algo* ou sente medo diante de *algo*, enquanto alguém se angustia, e nestas locuções se expressa que no temor ou no medo o objeto perigoso aparece mais claramente destacado do indivíduo e é percebido, imaginado ou pensado como uma articulação e uma delimitação clara e determinada, enquanto na angústia os processos do conhecimento que a precedem são, freqüentemente, muito mais vagos e indiferenciados, características que correspondem a estratos psíquicos mais primitivos."

Com referência a sua origem, o próprio Binder admitiu a possibilidade de a angústia apresentar três aspectos diferentes:

1) *Angústia vital* — López Ibor considera a angústia vital como o elemento básico da personalidade humana, podendo surgir sem características patológicas, mas, em condições mórbidas, está representada por seus "graus acentuados". A angústia se acha corporalizada.

De acordo com Binder, esta forma de angústia apodera-se do consciente quando existem condições corporais íntimas ameaçadoras da vida. "Surge de modo mais claro nos estados de hipoxemia e anoxemia de qualquer natureza, seja devido a espasmos das coronárias (angina do peito), à perda de sangue (sempre que não leve à inconsciência), à dificuldade respiratória (asma brônquica, estrangulação) ou a desfalecimento cardíaco (asma cardíaca)." Bash considera que, nesses casos, a reação psíquica é perfeitamente normal: "O objeto se apresenta no consciente sob a forma de sensações viscerais." A própria debilidade constitucional, seja do sistema ou de sua regulação vegetativa, pode determinar o aparecimento de sensações desagradáveis, as quais são captadas como ameaça à integridade do eu, estando, nesse caso, a angústia vital ligada à neurastenia ou à neuropatia. A angústia vital, exceto nos casos de neurastenia, indica um grave transtorno do organismo.

2) *Angústia real* — O perigo ameaça a partir da circunstância. Ao contrário da angústia vital, a angústia real tem origem em uma ameaça conscientemente percebida, porém que provém do meio exterior e não da parte interna do corpo. Bash admite que "circunstâncias da vida persistentemente humilhantes" podem ocasionar o desenvolvimento de um estado de angústia crônica.

3) *Angústia moral* — O perigo se encontra localizado na própria psique e, especialmente, "em determinadas tendências psíquicas primitivas, que são afastadas por outras tendências, superiores e mais evoluídas, e que se orientam em outro sentido". Kielholz propôs uma subdivisão da angústia moral, levando em consideração a possibilidade de uma angústia consciente e outra inconsciente, "correspondendo esta última à angústia neurótica, a qual se refere de modo especial a literatura psicanalítica".

Kammerer é de opinião que todas as definições da angústia se reduzem a três condições essenciais: "1ª) o sentimento da iminência de um perigo, mas de um perigo indeterminado, que virá. Esse sentimento se acompanha da elaboração de temas trágicos, os quais ampliam todas as imagens na proporção de um drama; 2ª) a atitude atenta diante do perigo, verdadeiro estado de alerta, que invade todo o indivíduo, tendendo para a catástrofe que se avizinha; 3ª) a desordem, isto é, a convicção da incapacidade absoluta e o sentimento de desorganização e de prostração diante do perigo."

O estado de angústia tende a perturbar as funções fisiológicas, expressando-se através de uma série de alterações neurovegetativas: constrição respiratória, dispnéia, opressão cardíaca, acompanhada de taquicardia e palpitações, lentidão ou aceleração do pulso, palidez, relaxamento da musculatura facial, espasmos em órgãos diversos, transpiração nas mãos e na face.

A angústia é um dos elementos fundamentais em Psicopatologia. Representa o sintoma dominante nos quadros neuróticos de angústia, descritos por Pitres e Regis, e está presente em outros quadros neuróticos e psicóticos.

Ambivalência afetiva Bleuler descreve as acentuações afetivas opostas nos indivíduos normais. Fala do amor e temor ou ódio que uma pessoa pode ter em relação a outra, dos acontecimentos que se temem e são desejados (uma operação, a tomada de posse de um cargo). Diz que estes fatos ocorrem sobretudo se intervém a sexualidade. Não usa Bleuler a palavra ambivalência. Em seguida diz o seguinte: "Tais acentuações afe-

tivas ambivalentes são, contudo, a exceção nos indivíduos sadios, e a resultante se deduz da união destes valores contrários; ama-se menos em conseqüência de haver algo mau, e não se odeia tanto pelas boas condições que podem acompanhar. Mas o doente com freqüência não pode unir ambas as tendências; ama e odeia ao mesmo tempo, sem que ambos os sentimentos ajam entre si ou se debilitem. Deseja a morte da mulher e se as alucinações a apresentam morta, pode ao mesmo tempo ficar desesperado e chorar por isso."

Honório Delgado define a ambivalência como a "anormalidade das tendências em geral, que se caracteriza na esfera intelectual pela coexistência de juízos contraditórios sobre o mesmo objeto, simultânea afirmação e negação, coincidência do oposto". No plano afetivo, a ambivalência "consiste em experimentar sentimentos opostos, simultaneamente e em relação ao mesmo motivo".

A ambivalência afetiva surge em todas as situações de conflito, especialmente nos neuróticos; mas é na esquizofrenia que a ambivalência se apresenta com os seus aspectos mais característicos e mais extremos.

Fobias O termo fobia é definido como "um temor insensato, obsessivo e angustiante, que certos doentes sentem em determinadas situações".

A característica essencial da fobia consiste no temor patológico, que escapa à razão e resiste a qualquer espécie de objeção. Refere-se a certos objetos, certos atos ou certas situações. Podem apresentar-se sob os aspectos mais variados: temor obsessivo aos espaços abertos (agorafobia) ou fechados (claustrofobia), aos contatos humanos ou com animais (cães, ratos), temor de atravessar ruas, de subir ou descer elevadores, de lugares altos.

Como Michaux teve oportunidade de salientar, "a percepção sensorial direta da coisa ou do ser sobre o qual a fobia se sistematiza não é necessária ao desencadeamento da reação ansiosa. Esta pode resultar de representações fotográficas". Uma de suas doentes, que apresentava fobia de camundongos, ficava intensamente inquieta quando, no cinema, um desses animais aparecia na tela. A paciente fechava os olhos e pedia ao marido para avisá-la quando poderia abri-los sem perigo. Ainda mais, bastava alguém lembrar ou falar em camundongo para despertar a sua angústia.

Apresentam-se as fobias nos quadros neuróticos, particularmente no quadro fóbico e em alguns transtornos psicóticos.

Exemplo clínico — "*Glória, 60 anos. Fundo psicológico assinalado pela emotividade e tendências obsessivas à verificação reiterada dos atos. Nenhum incidente psiquiátrico até a idade de 56 anos. Observa-se que, por volta dos 48 anos, ela ouviu falar de uma vizinha que havia envenenado gatos com estricnina porque seus miados a incomodavam de noite: isto só a impressionou como manifestação de crueldade para com animais de que ela gostava, e nada podia deixar prever que este incidente se tornaria motivo de uma fobia oito anos depois. Há quatro anos foi abandonada pelo amante, com quem vivia há trinta anos, e com quem teve uma filha. Isto a afetou mitíssimo e ela foi viver com a filha que era casada. Certo dia ela levou ao farmacêutico uma*

receita para o neto atacado de bronquite. Como tivesse escrito na receita algumas palavras para se lembrar de uma encomenda, o farmacêutico a advertiu da imprudência cometida, que poderia induzir a um erro e a fazer com que ele aviasse medicamentos não prescritos. Esta observação ocasionou-lhe extrema ansiedade e o início de uma fobia de ação: escrever a palavra estricnina numa receita. Esta fobia a perseguia dia e noite, chegando a paralisar suas atividades. Ela não queria pronunciar diante do médico a palavra estricnina, como se isso produzisse uma catástrofe; concordou, finalmente, em escrever as seis primeiras letras. Adquiriu medo de todos os pós brancos, que receia conterem a substância perigosa. Teve de certificar-se de que o produto de limpeza que ela usa não contém esse veneno, engolindo uma colherada do pó. É tal o medo de escrever por inadvertência a palavra fatídica numa receita que amarra a mão direita quando vai à farmácia. Ela critica lucidamente o absurdo de sua fobia, mas não consegue corrigir-se. Só se livra dela em duas circunstâncias: quando muito atarefada e quando está dirigindo automóvel. Não se observa diminuição alguma de sua inteligência" (Michaux).

De acordo com os ensinamentos de I. P. Pavlov, na base das alterações do estado de ânimo e da afetividade se encontram as perturbações das interrelações entre os processos corticais e subcorticais.

Guiliarovski escreve neste sentido que "as partes superiores do sistema nervoso central mantêm sob sua influência todos os processos do organismo, em particular aqueles que regulam os centros vegetativos do sistema nervoso na região subcortical. Esta última dá o tônus à atividade do córtex. Mas a regulação superior pertence ao córtex. Para a completa compreensão da natureza das emoções é necessário levar em conta não somente o que se processa no córtex, mas também o que se verifica nas seções inferiores. Os transtornos emocionais relacionam-se com alterações do metabolismo, em particular o dos hidratos de carbono". Diz ainda Guiliarovski que o "enfraquecimento da influência reguladora, como conseqüência direta de lesão cortical, faz com que as manifestações afetivas nos doentes mentais se expressem de modo súbito, determinando intranqüilidade geral e complicações no tratamento".

11. Alterações da atividade voluntária

Introdução psicológica

Na atividade voluntária intervém uma série de processos psíquicos conscientes — percepção, representação, idéias, sentimentos — que determinam a direção e a intensidade da ação. "O ponto de partida de um ato voluntário é constituído pela representação de uma finalidade próxima ou remota, que tem por objetivo determinar uma modificação em nós mesmos ou no ambiente." Essa representação é acompanhada de sentimentos que se transformam em estímulos para a realização do ato. O ato é voluntário quando praticado com previsão e consciência de finalidade.

Os psicólogos distinguem três fases no ato voluntário: a *deliberação,* a *resolução* e a *execução*. A deliberação, componente intelectual do ato volitivo, constitui uma das condições indispensáveis para a realização de um ato verdadeiramente voluntário. A resolução de executar ou de inibir o ato é a principal característica da atividade voluntária. A execução, etapa final do ato voluntário, é a conseqüência lógica da resolução.

A execução de um ato voluntário exige certo grau de reflexão e de consciência de finalidade. Entretanto, a atividade voluntária ou, pelo menos, a simples realização de um ato nem sempre se acompanha do mesmo grau de consciência de finalidade. A maior parte dos atos que executamos na vida diária são relativamente automáticos. Na atividade voluntária intervém uma série de elementos reflexos, automáticos e instintivos que, na prática, não podem ser bem diferenciados. A repetição freqüente de um ato voluntário, especialmente se se deseja aprender uma profissão, transforma os atos volitivos em atos automáticos. Os atos automáticos foram, anteriormente, atos volitivos. Na atividade prática o desenvolvimento dos automatismos constitui um problema de primeira importância. Na execução de atos ligados à atividade profissional é indispensável que a ação se processe de forma mais ou menos automatizada, pois seria prolongar indefinidamente o tempo de execução se, a todo instante, tivéssemos que refletir sobre os pormenores da ação. Pensamos, sentimos e agimos, freqüentemente, de maneira automática, sem a participação da deliberação e da reflexão. Entre a atividade voluntária e a atividade reflexa, automática, não há limites bem definidos; ao contrário, entre ambas existem insensíveis gradações. Por isso, nas enfermidades mentais,

havendo enfraquecimento da inibição, observa-se uma série de automatismos, praticados com insuficiente participação de reflexão e de noção de finalidade.

A natureza e a direção do ato volitivo dependem do conteúdo da representação, mas a intensidade da ação está subordinada à afetividade. A energia da ação está ligada à intensidade dos sentimentos.

Patologia e valor semiológico

As alterações da atividade voluntária são estudadas, nos doentes mentais, não só através da conduta em seu conjunto como ainda pela observação de atos isolados. Aqui, não tem nenhuma importância prática a classificação dessas alterações em "quantitativas" e "qualitativas" ou a distinção que se vem fazendo ultimamente entre alterações da "ação implícita" e da "ação explícita". O que interessa, neste particular, é o estudo da atitude que o enfermo mantém diante do examinador e sua conduta no meio hospitalar.

Do ponto de vista estritamente prático, têm grande significação as seguintes alterações da atividade voluntária:

Estados de excitação São observados em algumas perturbações psicóticas, principalmente em determinadas fases da enfermidade. Nos *transtornos mentais afetivos*, os estados de excitação estão caracterizados pela multiplicidade de movimentos: o enfermo fala, gesticula, grita, dança, corre, salta, rasga as vestes e destrói tudo o que encontra ao seu alcance. O estado de excitação não é caótico; ao contrário, os movimentos são realizados com determinado objetivo e representam a expressão de uma necessidade de atividade. O enfermo maníaco não se acha apenas excitado; os seus gestos, assim como todos os movimentos expressivos, são adequados aos pensamentos, ao estado de ânimo e aos desejos existentes em cada momento. Nesses casos, a excitação motora é acompanhada de elevação do humor e de aceleração do curso do pensamento.

Bumke relata o caso de um paciente portador de transtorno mental afetivo, que apresentou três surtos maníacos de tipo confusional em anos variados, conservando o quadro clínico, nos três surtos, os mesmos traços característicos. Como o enfermo manifestava um quadro delirante, ao lado da excitação maníaca, Bumke interroga se "essas formas delirantes devem ser consideradas como puros estados maníacos ou se são devidas, pelo menos, à mistura de elementos maníacos e depressivos".

Exemplo — *"Carl, quando foi internado pela primeira vez, apresentava um quadro de maníaco confusional. No primeiro dia de sua estada na clínica, tentou saltar de uma janela. Está orientado no espaço e admite, sem emocionar-se, que romperá o noivado e que não pode concluir o curso de Direito. No entanto, conserva uma lembrança confusa das ocorrências da noite anterior. Deu golpes nas paredes, quis saltar da janela e chamou várias vezes por sua noiva. Lembra, também obscuramente, que o Dr. R. se encontrava ao seu lado, assim como um enfermeiro. No dia seguinte está intranqüilo e excitado. Ouve vozes no teto. Diz que a carta de sua noiva é falsa. Ameaça*

agredir. Toma o enfermeiro pelo Rei. Logorréia. O humor muda de modo rápido: está alegre e, inesperadamente, torna-se irritado. Canta em voz alta, fala de maneira confusa, dirigindo-se a interlocutores imaginários. Discursa, canta, gesticula, teme ser envenenado, pronuncia frases religiosas. Alimenta-se pouco.

"Dez dias depois, apresenta alucinações cenestésicas e visuais: diz que uma corrente de fogo atravessa o seu corpo; viu figuras estranhas diante de seus olhos. Conserva alguma noção da enfermidade.

"Cinco semanas depois, queixa-se de que, em certos momentos, sente uma intranqüilidade interna, quando é forçado a assobiar. Após alguns dias em que se manteve tranqüilo, torna a apresentar-se agitado e confuso: canta, assobia, rasga a camisa, salta da cama. Diz que, durante a noite, esteve com o Pai Eterno; pergunta se isto é possível. Sente-se inspirado. Percebe círculos coloridos, porém sem forma definida. Diz que já está curado. Recebeu alta após três meses de internação.

"No período que precedeu à segunda admissão, trabalhou com extraordinária tenacidade. Há dois dias começou a ficar excitado: canta, grita, causa alvoroço, mostra-se rebelde. No ato da internação está tranqüilo, mas logo em seguida canta, reza, discursa e acompanha o seu monólogo com gestos teatrais. Mostra-se orgulhoso; sabe tudo melhor que ninguém. Todos os seus atos são praticados por ordem de Deus. Ajoelha-se com as mãos levantadas e o olhar fixamente voltado para o céu. Diz ter sido condenado à morte, porém que Deus o perdoou. Agora deve martirizar-se. Pede que o açoitem com uma correia. Deseja converter-se ao catolicismo. Encontra-se persistentemente alucinado. Queixa-se de que não recebe as honras merecidas, de que o maltratam. Diz ao médico que recebe ordem de Deus para sempre urinar na cama. Se não for libertado logo, o médico cairá imediatamente morto. Depois de seis meses, encontra-se mais tranqüilo, porém ainda ouve vozes, embora não acredite que isto seja um fenômeno mórbido, pois não faz caso delas. Quatorze dias depois torna a ficar excitado: canta, está intensamente alucinado. Um mês depois, novamente tranqüilo. Ainda escuta vozes, porém pede com insistência para sair. Recebe alta após um ano de internação.

"Na terceira internação, apresentou-se violento. Escuta vozes celestiais. Não tem apetite. Vive do ar e do amor. Mantém contínua movimentação. Gesticula e estende os braços. Dificuldade de concentrar a atenção. Expressões eróticas, acompanhadas de idéias religiosas. Em relação a suas aptidões jurídicas, exibe numerosas idéias de grandeza, mesmo quando diz que não pretende exercer a profissão de advogado, pois se encontra doente. Escuta vozes, mas não compreende o sentido das palavras que lhe dirigem; devem ser espíritos que lhe falam; canta, assobia. Considera-se o filho de Deus e aguarda a visita do Rei; fala em tom de voz misterioso, diz que escuta vozes de anjos. Após quinze dias, está mais tranqüilo. Experimenta um 'certo sentimento de felicidade'. Volta a mostrar-se violento e molesta os seus companheiros. Permanece tranqüilo no leito, não responde quando é chamado, fala em tom de voz baixo, realizando pequenos movimentos, depois fica tranqüilo; persiste a fuga de idéias em sua conversação. Surge novo estado de agitação e o enfermo canta em voz grossa. Cala-se e pede ao médico que não o

importune, pois tem de telefonar; então se dirige a um canto da cela e fala, escuta, grita, canta: ouviu, não? manda fazer fogo! *É impossível manter com ele um diálogo ordenado. Continua muito excitado e, depois de uma injeção, quebra a tranca da janela; em seguida se envolve com as roupas da cama, reza tranqüilamente, pede para que a sua mulher venha vê-lo, mas logo se dirige a um canto da cela e cochicha, volta a cantar, diz que já é outro, porém se recusa a dizer quem é. Fala com as almas dos mortos. Desconfiado. Alucinações intensas. Ao cabo de três meses se encontra ligeiramente deprimido e deseja fazer testamento. Não quer passar o Natal em casa, pois poderia entristecer a esposa com as suas lágrimas; sua inteligência não se encontra afetada e a única coisa que lhe falta é acalmar-se. Sete meses depois apresenta-se hipomaníaco. Dirige-se ao médico chamando-o de 'jovem estúpido'. Oito meses mais tarde volta a estar tranqüilo, conduta ordenada, desaparição das alucinações. Procura ler obras jurídicas e literárias. Aumento do peso. Ao completar nove meses de internação, recebe alta curado.''*

Na *esquizofrenia*, a excitação sobrevém de maneira inesperada e tem o aspecto de crises passageiras. Na catatonia, por exemplo, a excitação se caracteriza por uma série de movimentos extravagantes e intempestivos. Sobressaem os ''... movimentos desordenados, os movimentos de jactação que se assemelham à excitação tempestuosa das formas agudas da encefalite e outras formas de movimentos de caráter coréico e atetósico...''. Em alguns casos, a excitação catatônica pode atingir grande intensidade, somente comparável aos estados de excitação de natureza epiléptica. O doente corre de um lado para outro, grita, insulta, agride, morde e tenta destruir os objetos ao seu alcance. Bumke ensina que ''a independência do meio exterior é tão evidente nos catatônicos, que eles são capazes de continuar no auge da excitação ainda quando colocados em completo isolamento''. Acrescenta: ''Essas explosões motoras produzem a impressão de uma descarga elementar, sem motivação psicológica, suscetível apenas de uma explicação somatógena. Até mesmo quando se obtém dos catatônicos alguma explicação sobre a motivação desses estados, eles nos dizem somente que se sentiam obrigados a agir daquela maneira, ou não tinham o poder de fazer de outro modo, ou ainda que eram forçados a rir sem estar alegres ou a chorar sem estar tristes.''

Os estados de excitação observados nos *enfermos cerebrais orgânicos* diferem da excitação maníaca. Nesses casos, não há multiplicidade de movimento. Além disso, verifica-se a tendência à repetição dos movimentos, à estereotipia da linguagem e à reduzida produtividade. A excitação se caracteriza pela tendência caótica dos movimentos e execução de atos destituídos de objetivos. Nota-se, nos casos de excitação dos enfermos com lesões orgânicas cerebrais, a existência de sintomas de natureza focal, tais como os transtornos da linguagem e a contração de grupos musculares isolados.

Na *epilepsia*, observa-se excitação psicomotora, que se acompanha de obnubilação da consciência, alucinações e idéias deliróides. Nesses casos de excitação epiléptica, os enfermos se tornam extraordinariamente perigosos. Acompanha-se de sentimentos angustiosos ou de ira, que podem conduzir a ações brutais contra si ou contra as pessoas do ambiente. A excitação

surge de modo súbito, costuma desaparecer rapidamente, mas em alguns casos pode durar alguns dias.

Debilidade da vontade Sob a denominação de debilidade da vontade, hipobulia ou abulia, descreve-se uma perturbação da vontade caracterizada por afrouxamento e insuficiência volitiva, especialmente na passagem do pensamento à ação. Encontram-se a diminuição e o enfraquecimento da vontade em todos os casos de perturbações mentais manifestas, coincidindo com outros sintomas de alterações da personalidade. A debilidade da vontade é observada em todos os estados de depressão e de inibição. O tipo mais característico de debilidade volitiva é encontrado na melancolia, na qual a vontade está inibida em todo o período de duração do acesso. Na esquizofrenia, a aparente debilidade volitiva decorre mais de apatia do que de uma alteração volitiva. Em geral, nesses casos, existe indiferença afetiva e ausência de interesse pelo mundo exterior. Na neurastenia, nas toxicomanias, particularmente no alcoolismo e nos traumatismos cranianos, observa-se certo grau de enfraquecimento da vontade.

Exemplo clínico — *''Trata-se de um jovem que, anteriormente, não apresentou sinais de debilidade de caráter, cuja abulia se manifesta em relação aos excessos alcoólicos. Jovem inteligente, de educação esmerada, desfrutando de excelente situação econômica, no entanto o seu futuro promissor muda, progressivamente, sob o influxo do enfraquecimento da vontade. Em primeiro lugar, não pode deixar de beber, apesar de sua reiterada resolução de abstinência. Em seguida, abandona os estudos profissionais já em fase de conclusão, mostra-se desinteressado pelo cuidado pessoal e por seus interesses econômicos. Não tem a menor consideração pelos seus familiares, de cuja preocupação e infelicidade reconhece ser o causador. Por último, vive no maior abandono, não sai de sua imunda habitação, salvo para embriagar-se. A sua abulia, a princípio pura, complica-se com diversos sentimentos e sutis fantasias. Os familiares promovem os meios para que o médico o visite. Entre outras coisas, declara-nos: para voltar à vida normal e terminar seus estudos não existem obstáculos reais, senão o temor de fantasmas sociais, que não teria forças para enfrentar, apesar de tudo isso ser obra de sua imaginação. Em geral, o temor e o temor do temor representam um círculo fechado de idéias do qual não pode libertar-se. A solução aventada pelo paciente seria mudar-se para uma fazenda onde teria a oportunidade de dedicar-se a um trabalho estafante, porém estaria numa situação de liberdade completa, mesmo que tivesse de dar expansão a sua natureza cruel, pois admite ser agressivo até à sevícia, e esquecer os excessos da crítica que se faz a sua pessoa''* (Honório Delgado).

Estupor Os períodos em que as manifestações da atividade estão reduzidas ao grau mínimo ou mesmo abolidas são denominados de *estupor*. Bumke assinala que no quadro do estupor há ''uma falta mais ou menos completa de iniciativa e uma fundamental ausência de reação diante dos estímulos externos''. Nos estados estuporosos, o enfermo não reage aos estímulos do meio exterior, verificando-se habitualmente que ele não faz o menor movimento no sentido de atender às solicitações do médico.

A pobreza de movimentos e a imobilidade podem ser observadas em diversos quadros clínicos:

1. *Estupor melancólico* — Verifica-se inibição da vida mental: o enfermo fala em voz baixa, de forma vacilante e monótona. Os movimentos são lentos e de pequena amplitude. Falta ao enfermo a capacidade de decisão e de estímulos normais da vontade para superar a inibição. Nos graus mais intensos de estupor, os pacientes se mantêm completamente imóveis e rígidos.

2. *Estupor histérico* — Manifesta-se, habitualmente, de modo súbito como reação intencional compreensível. O enfermo apresenta a expressão fisionômica perplexa, pobreza de ideação, desorientação, ausência de iniciativa e de espontaneidade. O estupor psicogênico não impede que o enfermo mantenha boas condições de higiene pessoal, mude com freqüência de posição e aceite os alimentos, o que demonstra certo grau de lucidez da consciência.

3. *Estupor catatônico* — Nesses casos, o enfermo permanece imóvel, não reage aos estímulos mais intensos nem manifesta movimentos de defesa. A rápida oclusão das pálpebras ou um leve desvio da cabeça é, na maioria das vezes, a única resposta a estímulos dolorosos, como pinçar um ponto da face.

O paciente se mantém rígido, nas posições mais incômodas, como, por exemplo, com a cabeça afastada do travesseiro. Outros conservam os lábios cerrados convulsivamente, ou as pálpebras da mesma maneira. Manifesta resistência à mudança de posição, em conseqüência da rigidez do corpo. É freqüente a retenção de saliva na cavidade bucal, como também a retenção de urina e de fezes. A rigidez muscular raramente persiste imodificada durante o dia e é mais comum que se manifeste por acessos, quando se tenta mudar o enfermo de posição. Na maior parte dos casos, a face se apresenta congestionada, o pulso acelerado, surgindo períodos de sudação intensa, com as extremidades frias e cianóticas, e a temperatura do corpo abaixo do normal.

O estupor catatônico pode ser interrompido de maneira súbita, seguindo-se, algumas vezes, um grande estado de excitação. Em outros casos, o paciente volta subitamente ao estado normal.

4. Em casos de *transtornos mentais epilépticos* é possível observar uma forma de bloqueio psicomotor estuporoso, acompanhado de obnubilação acentuada da consciência e desorientação. Quadro clínico idêntico pode ser observado em lesões cerebrais infecciosas ou tóxicas e nas alterações cerebrais senis. A escassez de movimentos pode ser também um sintoma orgânico direto em lesões frontais e na hipertensão intracraniana por hidrocefalia interna.

O estado estuporoso com rigidez da mímica, acompanhada algumas vezes de rigidez muscular geral e grande pobreza de movimentos, pode ser observado na *síndrome estriada*, sobretudo em certas lesões cerebrais exógenas — encefalite infecciosa, intoxicação pelo monóxido de carbono.

A escassez de movimentos e a limitação da motilidade podem ter causas patológicas e localizações cerebrais as mais diversas.

Além das perturbações estudadas até aqui, existe um certo número de alterações da atividade voluntária, que se observam quase exclusivamente na *catatonia* e são, por isso, chamados de *sintomas catatônicos*: Acham-se agrupados sob as denominações de *negativismo, sugestibilidade e estereotipias*.

Os enfermos, geralmente, mantêm-se imóveis, os traços fisionômicos rígidos ou inexpressivos, sem que se evidenciem reações apreciáveis aos diferentes estímulos do meio exterior.

Exemplo — *"J. R., militar, com 30 anos de idade, cujos antecedentes pessoais e familiares são ignorados. Apresenta-se diante do observador numa atitude francamente camptocórmica. Anda em pequenos passos, desvia o olhar das pessoas que o observam. Permanece imóvel diante do médico, encarando-o fixamente, piscando sem cessar. Realiza movimentos estereotipados de sucção dos dedos. Deixa-se queimar as pontas dos dedos com cigarros acesos que jamais abandona. Inabordável e estuporoso, responde com monossílabos depois de se insistir algumas vezes nas perguntas. Alucinações e idéias delirantes de perseguição. Come terra e ervas, porque se não o fizer será morto por seus inimigos. Durante o primeiro mês da internação, mantém-se em estado de estupor. No mês seguinte o encontramos com as vestes rasgadas, sujo, deitado no chão, com a expressão fisionômica revelando temor e inquietação. Dois meses mais tarde persistem ainda as estereotipias motoras e as atitudes catatônicas, porém alguns dias depois tem início a remissão. Começa a relacionar-se com as pessoas, desaparecem as estereotipias, manifesta interesse pelo trabalho e pelo ambiente."*

Negativismo O negativismo é uma "tendência permanente e instintiva a reagir contra toda solicitação do mundo exterior, qualquer que seja a sua natureza" (Kahlbaum). Essa tendência a resistir às influências externas, chamada pelos antigos autores *loucura de oposição*, manifesta-se não só em relação às ordens transmitidas ao paciente como ainda aos movimentos que se procura imprimir aos seus membros. Se o médico manda o enfermo levantar-se, deitar-se, vestir-se ou andar, ele não obedece ou faz exatamente o contrário daquilo que se lhe ordena. Entre as manifestações de negativismo encontram-se o *mutismo,* as *pára-respostas* e a *sitiofobia*.

Exemplo — *"P. M., soldado desertor. Recebeu instrução primária. Apresenta-se diante do médico com os olhos fechados e as mãos cruzadas sobre o peito. Não estabelece relações interpessoais. Respostas retardadas e através de monossílabos. Monoideísmo, perseveração, pára-respostas e ecolalia. Autismo. Depois de alguns meses começa a apresentar sinais de melhora. Persistem o autismo e o negativismo. Recusa comparecer à sessão de praxiterapia. Não é possível conservá-lo no consultório e oferece resistência a sentar-se. Recusa os alimentos, resiste ao ser levantado da cadeira no refeitório e não é possível fazer com que passeie pelo jardim."*

Sugestibilidade volitiva Deny e Roy definem a sugestibilidade como a tendência geral, permanente e instintiva, a adotar qualquer solicitação vinda do exterior, seja qual for a sua natureza. É em conseqüência da sugestibilidade que os catatônicos realizam uma série de atos por imitação automática. Verificam-se nesses enfermos as seguintes formas de repetição automática: *ecopraxia*, realização de um ato por imitação, e *ecocinesia*, reprodução automática dos movimentos executados diante do doente. Em resultado da sugestibilidade e da plasticidade muscular, os catatô-

nicos podem manter durante muito tempo as mais extravagantes posições em que sejam colocados os seus membros. Esta capacidade de conservar posições impostas é denominada *catalepsia* ou *flexibilidade cérea*. É imprópria esta expressão com a qual se denomina um fenômeno ligado essencialmente à organicidade, porque, na prática, não se observa no processo esquizofrênico uma verdadeira catalepsia. O próprio Bumke afirma com segurança que "uma verdadeira flexibilidade cérea só é observada depois da encefalite epidêmica e nunca na esquizofrenia".

Estereotipias As estereotipias são definidas por Kraepelin como a "duração anormal dos impulsos motores, quer se trate da contração permanente de um certo grupo de músculos, quer da repetição freqüente de um mesmo movimento". As *estereotipias de atitude* (estereotipias acinéticas) consistem na capacidade do doente conservar, durante um espaço de tempo relativamente longo, a mesma posição, a mesma atitude. É de observação comum no serviço hospitalar que alguns enfermos catatônicos mantêm durante horas seguidas a mesma posição ou permanecem sempre no mesmo lugar (estereotipia de lugar). Nas *estereotipias de movimento* (estereotipias paracinéticas), "o doente executa, de maneira constante e uniforme, um dado movimento, qualquer que seja ele, durante meses e até anos. Podem variar desde simples movimentos dos dedos até marchas estereotipadas. Em geral, o mesmo doente conserva, de maneira constante, por anos seguidos, os mesmos movimentos adotados desde o início".

Foi Bleuler quem primeiro considerou as estereotipias como atos sintomáticos, dotados de sentido. Um dos seus discípulos, Klaesi, realizou importante investigação neste sentido, chegando à conclusão de que, nesses casos, trata-se de atos expressivos, simbólicos, que têm uma finalidade. A observação de uma de suas pacientes, que transcrevemos em resumo, é bastante ilustrativa: "Elise, hebefrênica. O seu gesto estereotipado consiste em dar com a mão batidas no ar, como se estivesse caçando moscas. Ao ser interrogada sobre o significado desse movimento, a enferma respondeu: 'Sim, é preciso defender-se por todos os lados. É uma praga; já não se pode viver em paz. As mulheres não gostam de ser sempre molestadas. Logo nos abandonam e dizem que a culpa é nossa por termos corrido atrás dos homens.' Esta estereotipia revela múltiplas determinantes. A paciente caça os homens e os repele (ambivalência). Foi também possível, por meio da análise, esclarecer uma segunda estereotipia, que apareceu em seguida. De súbito, a enferma começou a dar pontapés, ora com um pé ora com outro, ou com ambos ao mesmo tempo, como se procurasse desgrudar-se de qualquer coisa presa nos sapatos ou livrar-se de algum aparelho. Esses movimentos se repetiam várias vezes ao dia, em períodos de duração variável. Com o tempo, chegaram a transformar-se em simples sacudida dos pés."

Segundo Klaesi, a última estereotipia "se revelou de uma parte como o batimento de pés de uma criança teimosa e de outra, como fantasia sexual e sua repulsa". Em sua opinião, a interpretação correta da estereotipia teve uma utilidade prática: "Ela (a enferma) se tornou mais acessível, dedicou-se na clínica a socorrer os outros pacientes e, depois de um período de internação, foi transferida, muito melhorada, para o hospital regional".

Alguns autores consideram os *maneirismos* esquizofrênicos como modalidade especial de estereotipia. Consistem os maneirismos numa alteração dos movimentos expressivos; as atitudes, as expressões mímicas, a entonação da voz e os gestos se tornam afetados, extravagantes. Kraepelin chama a atenção para o fato de que um dos primeiros sintomas da catatonia é a *perda da graça*, diminuição progressiva da delicadeza e elegância dos movimentos expressivos.

Estudam-se ainda no grupo das alterações da atividade voluntária estas manifestações:

Atos impulsivos São ações isoladas, súbitas, involuntárias e desprovidas de finalidade. Algumas vezes, os atos impulsivos representam verdadeiras explosões emocionais, acompanhadas de acessos de riso ou de lágrimas. Outras vezes, porém, os atos impulsivos se caracterizam pela "impetuosidade, rapidez e falta de consideração para com o próprio indivíduo ou para com os demais".

Kronfeld relata o caso de um paciente esquizofrênico, que praticou um ato impulsivo e, ao mesmo tempo, tomou conhecimento do absurdo de sua ação: *"Naquela ocasião tínhamos um encontro social. No caminho de volta para casa se apossou de repente de mim, como um raio em céu sereno — antes jamais tinha pensado nisso — a idéia: deves atravessar o rio nadando de roupa. Não se tratava de uma compulsão, da qual me desse conta, mas simplesmente de um impulso violento, de sorte que não refleti nem um minuto, pulei direto no rio. Ao sentir a água, foi que notei o disparate e saí do rio. Tudo isso deu-me muito o que pensar. Pela primeira vez me acontecia algo inexplicável, de todo esporádico e muito estranho."*

Os atos impulsivos são observados, geralmente, na esquizofrenia. Nesta enfermidade, os atos são inesperados e, aparentemente, não são provocados por estímulos do meio exterior. Por exemplo: o doente levanta-se e agride o enfermo próximo, ou realiza tentativa de suicídio também de modo inesperado.

Atos automáticos Consistem em atos praticados pelo indivíduo sem a interferência da vontade e sem que ele saiba o que está realizando. Em algumas enfermidades, o doente assiste à execução do ato como um espectador. Uma excelente observação desse tipo de transtorno foi apresentada por Jaspers:

"Dolinin sentiu de súbito que a sua língua começou a expressar, com extraordinária rapidez, não só sem o seu desejo como até contra a sua vontade, o que em nenhuma circunstância devia dizer. No primeiro instante o enfermo ficou estupefato e assustado por esse fato, que não lhe havia ocorrido antes; então, de repente, sentiu a si mesmo como se fosse um autômato, o que lhe era bastante desagradável. Mas, quando começou a compreender o sentido do que falava a sua boca, o enfermo ficou muito assustado, pois percebeu que Dolinin confessava publicamente sua culpabilidade em delitos políticos, atribuindo-se a participação em alguns planos que jamais havia pensado. E, apesar de tudo, não tinha a sua vontade ne-

nhuma força para refrear a língua, que se havia desatado de modo completamente automático.''

Essas alterações aparecem, freqüentemente, na esquizofrenia e nos transes histéricos: a boca fala, a mão escreve.

Tiques Segundo Oppenheim, os tiques são movimentos reflexos, movimentos de defesa ou movimentos de expressão que acabaram por degenerar em atos automáticos. São semiconscientes e só em determinado grau dependem da vontade.

Para Wilhelm Stekel, o tique é a expressão motora de um conflito psíquico. Assegura que o tique ''representa um impulso reprimido, um ato inibido por representações mentais contrárias, derivadas da personalidade do indivíduo''. Pode-se admitir que o sentido original vai-se perdendo, persistindo somente vestígios do movimento primitivamente intencional. Desse modo, o tique logo se transforma em algo sem sentido e absurdo. ''Mas, originalmente, o tique é lógico e pleno de sentido.''

Stekel cita este exemplo para mostrar a origem de um tique: *''Um funcionário, grosseiramente ofendido e rebaixado pelo seu superior, sente o desejo irreprimível de matar o seu odiado agressor. Adquire um tique que expressa de modo claro essa intenção. Lança violentamente o braço para diante como se apanhasse alguém. Depois de alguns meses, do movimento intencional primitivo só persiste um rudimento, um leve tremor da mão, aparentemente sem sentido e que mal denuncia o ato primitivo.''*

Em comentário a este caso clínico, diz Stekel que ''no lugar do ato apareceu a intenção do ato, isto é, um tique, cujo sentido parecia ser alheio à personalidade do indivíduo''. O tremor da mão, que aparecia de modo súbito por alguns instantes e desaparecia rapidamente, era a redução de um ato ao símbolo desse ato. Assim, a redução do tique através dos anos contribui para tornar o sentido do tique inteiramente incompreensível. Diz ainda Stekel que o disfarce aparece, freqüentemente, nos tiques como representações mentais de caráter sexual, porque a consciência moral se opõe às inquietações instintivas proibidas, impedindo o seu acesso à consciência.

Stekel cita vários exemplos para mostrar a importância do conflito psíquico na gênese do tique: *''Eliene, de 30 anos, está para casar se com um escritor de 50 anos. Trata-se de apaixonada ligação que remonta a seis anos; não podiam casar-se porque ambos já eram casados; estavam tratando dos respectivos divórcios. Por fim Eliene conseguiu o divórcio e o seu futuro marido teve de ir à Hungria para tratar ali do seu, o que demorou alguns meses. Enquanto isso, Eliene foi morar com a sua genitora, cuja atitude para com o escritor era inamistosa. Estava de acordo que sua filha se divorciasse, mas esperava que fosse viver com ela. Mãe e filha se amavam de maneira estranha, mas Eliene abandonou a casa da mãe, porque não podia tolerar as críticas que aquela fazia contra o escritor. A mãe estava enciumada e disse à filha que não precisava amarrar-se, que era jovem e encantadora e que, se continuasse vivendo com ela, encontraria homens às dúzias. Lutava contra o amor de sua filha. Chegaram a separar-se completamente. Mas, enquanto o escritor ainda se achava na Hungria, Eliene se reconciliou com sua mãe, que lhe prometeu aceitar os fatos consumados. Mas ela compreendeu que a mãe nunca aceitaria seu futuro marido. Sentia a inimizade reinante e sabia que teria de escolher entre a mãe e o amante. Tomou sua decisão e separou-se completamente da mãe, depois de violenta discussão em que não poupou palavras duras. Todavia, quando o amante voltou da Hungria, encontrou-a completamente mudada. Estava deprimida, adiou a data do casamento e apresentava um tique muito curioso: puxava um pouco a língua para fora e logo beijava a sua própria mão. Racionalizava esse movimento, dizendo que amiúde sentia a boca seca quando beijava e que ultimamente o amante se queixava de que sua boca era fria e insípida. Por isso ela queria controlar se tinha a boca fria ou quente mas, sem se dar conta, ela executava o movimento de 'beija-mão'. Na realidade, sua boca estava fria; as glândulas salivares não segregavam e a boca estava fria, seca e insípida quando o amante a beijava. Também era sintoma neurótico que ela já não sentisse pelo amante o calor de antes, porque ele se expressara desrespeitosamente em relação à sua genitora e o amor da filha pela mãe, ao que parece, era mais forte que o amor que ela sentia pelo homem. O 'beija-mão' expressa a idéia fixa da enferma: reconciliar-se com a mãe, submeter-se a ela, renunciar ao amante e beijar as mãos maternas com humilhação. Parece que não tinha consciência de sua idéia fixa, mas a análise a destacou com toda a clareza.''*

Os tiques têm um caráter mórbido, porque se repetem sem razão: a vontade não consegue dominá-los. Aparecem geralmente em neuróticos e em personalidades psicopáticas. Na encefalite, sobretudo na encefalite letárgica, observam-se movimentos muito semelhantes aos tiques. Esses movimentos, porém, têm base orgânica.

A essência fisiopatológica das alterações da atividade voluntária e, em particular, dos sintomas catatônicos é revelada à luz dos dados da doutrina da atividade nervosa superior. O fundamental aqui deve ser considerado o fato de que os sintomas isolados são condicionados pela alteração da interdependência dos processos de excitação e inibição. Assim, têm grande significação as alterações nas relações entre o córtex e as regiões subcorticais.

12. Alterações das tendências vitais

Introdução psicológica

A psicologia clássica estudou sob a denominação de "instintos" os "elementos fundamentais da nossa vida anímica, congênitos e hereditários, intimamente ligados à personalidade, e que permitem a consecução de certos fins sem conhecimento nem treinamento prévios". Do mesmo modo como Lashley pesquisou de maneira exaustiva a existência do "engrama", que seria o traço deixado pelas percepções e acontecimentos na massa encefálica, mas jamais encontrou nada que pudesse confirmar a teoria da marca mnênica. Da mesma forma, muitos psicólogos e neuro-fisiologistas pesquisaram no cérebro humano algo que pudesse ser considerado como o "instinto", fator determinante do comportamento dos animais, mas não encontraram nenhuma estrutura ou centro encefálico que pudesse ser considerado como o verdadeiro instinto. Isto ocorreu porque, na realidade não existe nada que se possa chamar de instinto. Este é um conceito antiquado e irrelevante. O que os psicólogos ou qualquer pesquisador de fenômenos psicológicos observam, são apenas comportamentos inatos, tendências vitais, caracterizados por atividades elementares e automáticas. No conceito pavloviano, estes comportamentos são considerados como manifestações de reflexos incondicionados e condicionados. A reflexologia estuda a vida psíquica do ponto de vista objetivo, admitindo que toda a atividade mental consiste em reflexos, cujo término final pode ser um movimento ou uma atividade glandular, em conseqüência do que as reações dos indivíduos podem ser motoras ou secretórias. Este reducionismo reflexológico não deixa de ser um exagero, mas, no que se refere aos comportamentos inatos pode muito bem refletir uma realidade objetiva.

O *condutismo* estudou as leis a que se encontram submetidas as reações externas e não só estudou as reações psíquicas conscientes, como as inconscientes, tais como os reflexos pupilares, as alterações da circulação sangüínea, o reflexo psico-galvânico. Conhecendo as leis a que obedece o comportamento inato, é possível predizer a reação que causará determinado estímulo; mutatis mutandis, conhecida uma reação, será possível determinar o estímulo que a determinou. O comportamento humano, cujas ações podem ser de natureza consciente ou inconsciente, não pode ser reduzido exclu-

sivamente à atividade reflexa do sistema nervoso, pois, as ações humanas, até mesmo as que obedecem a mecanismos inatos, são extremamente complexas. Várias críticas foram feitas aos reflexologistas, sendo a principal delas o fato de que não se deve confundir o comportamento com o modo de reação individual. É impossível admitir que as ações humanas possam ser reduzidas a respostas automáticas aos estímulos que tenham agido sobre a personalidade. O comportamento do homem como ser social resulta de uma sucessão de influências exercidas pelo significado global da situação.

Na impossibilidade de aceitar a conceituação clássica de "instinto", alguns autores propuseram outras designações para substituí-la, como tendências vitais, pulsões. As tendências vitais consistem numa energia primitiva e autônoma da vida anímica. Encontra-se presente no homem e desenvolve-se sob forma diferentes, às quais Lersh engloba sob a denominação de *vivências pulsionais da vitalidade*. C. G. Jung propôs o termo "pulsão" para designar a necessidade interna, que se origina de tensões devidas a necessidades fisiológicas e que se repetem de maneira periódica. O essencial é que a primeira reação à pulsão não é específica (com exceção de certos atos reflexos fisiológicos) senão que se encontra em uma motilidade não dirigida a uma finalidade determinada. Acompanham-se de um estado de inquietação que pode ser verificado de maneira objetiva, de tensão, de inquietação interna. Desse modo, a fome determina o aumento do peristalismo gástrico, a sede produz a necessidade de ingestão de líquidos e o desejo sexual também determina uma série de reações e sensações subjetivas obscuras que impele o indivíduo à satisfação de suas necessidades. Os dois casos servem de exemplo para mostrar que o sistema nervoso se encontra pré-organizado em grupos de reações inevitáveis, exatamente correlacionadas com os seus excitantes próprios.

A tendência que impele a pulsão é uma tendência a solucionar uma tensão; a ação pulsional torna-se específica na medida em que se acha adequada a satisfazer a correspondente necessidade fisiológica e retornar assim a restabelecer o estado não tensional. A maneira como se satisfaz a necessidade é variável e depende da espécie do organismo em questão, da constituição individual, das possibilidades oferecidas pelo meio ambiente e não, em última instância, pela experiência do indivíduo. Os traços da situação que supõem originalmente que a pulsão deve ser satisfeita adquirem o caráter de sinal. Por via dos reflexos condicionados podem, algumas vezes, desencadear os modos de comportamento fisiologicamente adequados, modos que serão aqueles que conduzem por um caminho mais curto a fazer cessar a tensão, outras vezes podem também despertar a tendência impulsiva. Os modos de comportamento fisiológicos se tornam amplamente modificados pela aprendizagem e através das complexas iterações verificadas entre as pulsões, até que se estabeleça um comportamento habitual e, no entanto, sempre mutável, que representa um comportamento socialmente adequado entre a satisfação, a frustração e a sublimação das pulsões. Assim, segundo Jung, a pulsão supõe sempre também um fator dinâmico cuja direção e meta não se dão através de nenhum saber prévio, senão pela natureza do próprio organismo.

Os estímulos sensoriais de onde surgem as pulsões vitais nem sempre se encontram no organismo do indivíduo, senão que em muitas ocasiões procedem do meio exterior.

Tanto o homem como o animal estão dotados de um número considerável de mecanismos reflexos pré-formados para a satisfação de todas as finalidades que se apresentam para a conservação da vida e perpetuação da espécie. Mediante as tendências vitais o indivíduo se adapta ao meio ambiente e satisfaz as necessidades orgânicas e genésicas. As pulsões têm um desenvolvimento bastante complexo, no qual intervêm o processo natural de maturação e as influências ambientais, especialmente as relações interpessoais.

Patologia e valor semiológico

Serão descritas as alterações das tendências vitais mais comumente encontradas no curso dos transtornos mentais.

1. Alterações das pulsões de auto-conservação:

a) *ANOREXIA* — A *anorexia psíquica* ou falta de apetite ou de desejo de alimentar-se, em muitos casos, corresponde a uma síndrome acompanhada de enfraquecimento geral e, às vezes, de repugnância pelos alimentos. Deve-se a Lasègue a primeira descrição desta síndrome, apoiada em oito observações clínicas, que se referiam a mulheres jovens. As enfermas começaram a restringir progressivamente os alimentos sem razões plausíveis ou queixavam-se de dores vagas no estômago ou de mal-estar subjetivo após as refeições. Esta falta de alimentos determina o emagrecimento progressivo, alcançando em alguns casos a perda de dois a três quilos de peso por mês. A ausência completa de apetite só aparece depois de algum tempo. A resistência das pacientes tende a aumentar na mesma proporção da insistência e preocupações dos familiares: começam a recusar os alimentos ou a escondê-los, algumas vezes provocam vômitos às escondidas, tomam laxativos, praticam exercícios físicos excessivos, tudo isso levado a cabo com uma determinação impressionante, de modo que as pacientes recusam, rejeitam os alimentos ou impedem a sua utilização.

Em geral, a falta de apetite costuma ser acompanhada de diversas manifestações psicopatológicas, especialmente o empobrecimento afetivo, desinteresse, indiferença, inquietação e insociabilidade.

Nas enfermas de anorexia psíquica costumam existir três objetivos básicos: desejo de auto-destruição e morte; necessidade de espiritualização, isto é, que se refere à vida espiritual, motivo pelo qual recusam tudo aquilo que signifique algo de material; desejo de dessexualização, representando uma forma de recusa da própria feminilidade ou de representar o papel feminino.

Alguns autores chamam a atenção para o fato de que, em nossa época, a anorexia psíquica se desenvolve em função de uma exigência social, pois costuma aparecer nos casos em que as mulheres fazem regimes para emagrecer e se manterem esbeltas. Nesses casos, desempenha papel importante as influências da moda e entram em ação fenômenos de sugestibilidade coletiva.

A síndrome completa acompanha-se de amenorréia. Ao mesmo tempo se manifestam outros sinais corporais: hipotensão arterial, lentidão do pulso e da respiração, resfriamento das extremidades. Os exames de laboratório

revelam hipoglicemia, com rebaixamento da curva da hiperglicemia provocada, elevação da taxa de colesterol e diminuição do metabolismo basal.

Nos períodos finais, os enfermos apresentam um verdadeiro estado de caquexia, palidez do tegumento cutâneo, atrofia das mamas, retração do abdômen, queda dos pêlos pubianos e das axilas e astenia, que levam os enfermos ao confinamento no leito.

A anorexia psíquica é observada comumente nos quadros histéricos, mas pode ser também encontrada nos transtornos mentais psicóticos: depressão endógena, estados estuporosos ou de perturbação da consciência.

b) *BULIMIA* — Denomina-se *bulimia* à sensação permanente de fome e a necessidade imperiosa de ingerir grandes quantidades de alimento. É observada em estados de excitação maníaca, na deficiência mental grave, mais raramente nas demências, na esquizofrenia e em alguns quadros neuróticos.

Exemplo — *"Jovem de tipo constitucional normolíneo, extrovertido, de inteligência em níveis da normalidade, contando em seus antecedentes pessoais com uma crise de depressão na puberdade, porém na família há muitos casos de pessoas 'nervosas'; vem apresentando há cerca de dois anos uma forma rara de bulimia. Anteriormente, só sentia fome antes das refeições. Num dia em que ficou cerca de doze horas sem alimentar-se, sentiu de maneira súbita um grande mal-estar, acompanhado de fome, depressão do estado de ânimo, sensação de desfalecimento e vertigem. Desde então estas crises vêm se repetindo com tanta freqüência que é forçado a comer de hora em hora ou de duas em duas horas, inclusive com interrupção do sono. A necessidade de alimento é imperiosa e acompanha-se de ansiedade, calafrios, suores, dispnéia, náuseas, vômitos e dores musculares, sobretudo na região da vesícula urinária. As investigações realizadas com especialistas em várias clínicas resultaram negativas, em relação a uma causa orgânica. Melhorou após algumas aplicações de eletrochoque, porém mais benéficas foram as mudanças de ambiente. Com psicoterapia, apresentou melhora progressiva até o ponto de não comer nada fora das horas normais das refeições. Aumentou o peso em cerca de 10 quilos. Ainda não pôde retornar ao trabalho, nem consegue ler mais de uma hora, e a vida de relação lhe é desagradável fora do círculo familiar. Sentindo-se melhorado, abandonou o tratamento. Depois de alguns meses fomos informados de que o paciente havia cometido o suicídio"* (H. Delgado).

c) *MALÁCIA* — Perversão do apetite que leva o doente a comer coisas extravagantes. Em clínica psiquiátrica encontram-se uma série enorme de perversões do apetite, como comer terra, cinza, madeira, papel, sabão, parafina, animais repugnantes como lagartixas, baratas, minhocas, vermes e outros pequenos animais vivos, substâncias orgânicas em decomposição, excrementos.

A alteração é encontrada com mais freqüência nos casos de deficiência mental grave e nos dementes senis. Raramente esta perturbação do apetite é observada em esquizofrênicos, histéricos e em indivíduos portadores de personalidade anormal.

Em alguns esquizofrênicos verifica-se, de maneira não muito comum, o impulso a engolir objetos que, por sua natureza, podem representar um grande perigo para a saúde e para a vida: pedras, moedas, parafusos, chaves, agulhas e colherinhas.

Como fenômenos psicopatológicos estas alterações podem estar na dependência de descuido na assistência individual, ou podem existir outros fatores em causa, como demonstra o fato de se observar a coprofagia como um dos sintomas iniciais de uma crise maníaca.

Durante a gravidez, geralmente em mulheres neuróticas, é possível a manifestação de apetites extravagantes, como a necessidade imperiosa de comer conservas avinhagradas, determinadas frutas pelas quais não tinha, anteriormente, nenhuma preferência, comer substâncias como carvão, argila. Pode ocorrer o fenômeno contrário, como repelir com aversão certos alimentos como frituras, ovos fritos, café, bebidas alcoólicas, mesmo quando antes faziam uso freqüente destes alimentos.

d) *MERICISMO — Do grego merykismós*: "ruminação". Hábito, em geral resultado de perturbações neuróticas, que têm muitas pessoas de fazer com que os alimentos voltem do estômago à boca. Em alguns pacientes, a regurgitação dos alimentos se repete com tal freqüência que chega a se transformar em algo extremamente incômodo. Este fenômeno não só perturba em grande parte a digestão dos alimentos, como também, à medida que se vai processando a digestão no estômago, os alimentos vão se tornando cada vez mais ácidos, em função da ação do suco gástrico, o que contribui para causar uma sensação de queimor na boca e na laringe. O fenômeno é acompanhado, na maioria dos casos, de grande ansiedade, pelo fato de os pacientes se sentirem impotentes diante de si mesmos para inibir a repetição freqüente da regurgitação, que termina perturbando a marcha normal da digestão dos alimentos. Como sintoma somático, pode representar um equivalente do estado de angústia subjacente. O sintoma é observado em enfermos neuróticos.

2. Alterações das pulsões sexuais

As perversões das tendências sexuais são observadas com maior freqüência do que as das pulsões de auto-conservação. Sem dúvida, aqui também nem todas as anormalidades da vida sexual merecem, a rigor, a designação de perversões, pois muitas entre elas não são da natureza patológica. Exemplo típico é a masturbação. Em épocas antigas foi considerada como manifestação patológica, capaz de provocar o aparecimento de moléstias graves como a tuberculose, demência e estupor. Em épocas mais recentes passou a ser considerada como um ato normal e fisiológico, na infância e na adolescência de ambos os sexos. Apesar disso, em muitos adolescentes a masturbação adquire o caráter de ato obsessivo-compulsivo e pode representar o sintoma inicial de um transtorno psicótico. Em outros casos, a masturbação inveterada no adolescente e no adulto pode ser considerada como expressão de auto-erotismo e significa em muitos casos a existência de homossexualidade latente ou disfarçada. De qualquer modo, a masturbação exagerada no adolescente e no adulto determina um grande desgaste psicofísico, podendo mesmo determinar um quadro de neurastenia. Em todos os casos, acompanha-se de um sentimento de culpa e de insatisfação que, já na adolescência, não pode substituir o ato sexual normal.

a) *FRIGIDEZ* — A expressão frigidez é empregada sempre para designar a indiferença sexual feminina. De modo mais preciso, indica a incapacidade de experimentar, pelas vias normais, as sensações voluptuosas proporcionadas pelas relações sexuais ou impedimento para experimentar o orgasmo.

A insensibilidade genital é, em alguns casos, completa e, em outros, localizada apenas na vagina, conservando-se a excitação normal no clitóris.

"Parece que o pudor, o temor e os preconceitos da mulher, assim como as manobras grosseiras do parceiro, representam os motivos mais comuns da frigidez na mulher normal. Além disso, pode ser devida ao exagero da tendência defensiva e à propensão à fuga, que é um componente da tendência sexual feminina. Em mulheres predispostas, tal exagero pode complicar-se com a aversão aos homens em geral ou ao cônjuge em particular, pelo efeito de impressões prévias, não sendo raro que se expresse pela contração involuntária dos aductores das coxas ou pelo vaginismo — que pode ser também reflexo, despertado pela dor do momento" (H. Delgado).

A frigidez, em nossa época, atinge um número considerável de mulheres, admitindo-se que 50% das mesmas são inteiramente indiferentes aos jogos sexuais. Este fato contribui para a infelicidade de muitos matrimônios, os quais, por maior que sejam os sentimentos afetivos que facilitaram a formação do casal terminam, fatalmente, pelo divórcio ou simplesmente pela separação dos cônjuges.

Os traumas psicossexuais sofridos pelas pacientes (manipulação sexual da menina por pessoas adultas, agressões sexuais na adolescência, atos brutais praticados por indivíduos sexualmente anormais, chamados de estupradores) podem contribuir para o aparecimento de inibições que levam, por um mecanismo de retorno, à rejeição inconsciente do ato que simboliza a frigidez.

Em muitos casos, a frigidez só é identificada por acaso, por exemplo, por ocasião de um exame realizado por outra motivação (ginecológico ou exame psiquiátrico). Ela é aceita ou ignorada por muitas mulheres ou dissimulada em relação ao parceiro.

Em outros casos, ela faz parte de certos comportamentos anormais — o caso das prostitutas, que inibem o orgasmo de tal maneira e com tamanha freqüência, que terminam pela inibição completa da capacidade de experimentar o prazer sexual.

b) *FETICHISMO* — Alteração das pulsões sexuais, caracterizada pela transferência do interesse erótico para determinadas partes do corpo feminino: seios, nádegas, coxas, cabelos, mãos, onde se fixa de maneira persistente. Em outros casos, o fetichismo se manifesta como interesse de excitação erótica dirigido para alguns dos componentes do vestuário íntimo feminino, como sutiãs, calcinhas, meias. Uma forma especial de fetichismo consiste nos chamados *cortadores de tranças*, nos quais a posse de uma trança, ansiosamente desejada até alcançá-la, não só provoca o prazer sexual como desperta sentimentos amorosos de caráter platônico.

O fetiche constitui o elemento por sua vez necessário e suficiente para a excitação sexual, seja através da percepção direta, por evocação ou pela representação da imagem mental do objeto.

Ao contrário da frigidez sexual, que é um patrimônio do sexo feminino, o fetichismo pertence exclusivamente ao sexo masculino. Esta modalidade de anomalia sexual contribui para que muitos fetichistas se transformem em colecionadores de objetos que fazem parte do vestuário íntimo das mulheres ou de uma mecha de cabelo das mulheres com as quais mantiveram relações íntimas.

O fetichismo é observado com freqüência em indivíduos neuróticos, tímidos, portadores de ansiedade anormal, obsessivos compulsivos e esquizofrênicos. Admite-se que o fenômeno anormal seja o resultado de um reflexo condicionado desenvolvido a partir das primeiras revelações sexuais na infância.

c) *EXIBICIONISMO* — Consiste no ato de exibir publicamente órgãos genitais à distância, com tendência à repetição estereotipada às mesmas horas e nos mesmos locais. Muitos exibicionistas praticam tal ato nos elevadores, quando percebem que uma mulher toma o elevador sozinha. A oportunidade é aproveitada e ele apenas mostra o pênis em ereção, sem realizar nenhum gesto de aproximação ou de manipulação da vítima. O exibicionismo como perversão sexual pura, isto é, a simples exibição do órgão genital, por si só é capaz de levar o indivíduo ao orgasmo com exclusão da relação sexual normal.

Henry Ey procurou sistematizar as características essenciais do exibicionismo: 1) Quase sempre trata-se de homens. 2) O órgão exibido é sempre o pênis em ereção. 3) É um ato furtivo que se efetua em lugares pouco freqüentados, com tendência a serem repetidos mais ou menos periodicamente no mesmo local. 4) Realiza-se diante do olhar de mulheres, especialmente adolescentes, as quais são encaradas como objetos. 5) Encontra-se associado com freqüência a outras aberrações sexuais, especialmente ao "voyeurismo" e ao homossexualismo. O exibicionista se satisfaz apenas com o olhar feminino, conseguido à força ou de surpresa, para provocar a reação de horror ou de repulsão. O grito desferido pela vítima é muitas vezes o sinal desencadeante do orgasmo.

A exibição do órgão genital no homem é observada, em alguns casos, em conseqüência de transtorno mental confusional ou de estado crepuscular transitório, na embriaguez alcoólica ou na epilepsia. Em determinados casos, trata-se de manifestação compulsiva em indivíduos que sofreram traumatismos crânio-encefálicos.

A exibição dos órgãos em público é um ato considerado como ultraje público ao pudor e punido pela lei penal.

Exemplo — *"Luiz, jovem de vinte anos de idade, procedente de família abastada e muito educado. Foi denunciado por familiares de duas jovens que moram em uma casa em frente da sua residência, por ter praticado, em repetidas ocasiões, já há algum tempo, a exibição do seu órgão genital em ereção e praticado masturbação em seguida, no momento em que as jovens apareciam à janela de sua casa. Foi encarcerado, a pedido dos pais, que declararam ser ele portador de deficiência mental. Fomos indicados como peritos para elucidar o caso perante a justiça.*

"O indiciado conta em sua família com alguns casos de perturbações mentais e, sobretudo, casos de psicopatias. Com referência ao paciente, apesar de apresentar uma aparência de pessoa sã e robusta, revela sintomas evi-

dentes de deficiência mental leve. Segundo informação dos familiares, há quatro anos, Luiz caiu de uma bicicleta, batendo com a cabeça no meio-fio da calçada, tendo perdido a consciência e, desde então, começou a queixar-se de dores de cabeça. Da queda conserva uma cicatriz na região frontal esquerda.

"Do ponto de vista mental, demonstra sintomas manifestos de deficiência intelectual, com dificuldades na memória de fixação, raciocínio pobre e debilidade volitiva. Desta sintomatologia resultam uma insuficiência e uma instabilidade mental que não permitiram até aqui, nem permitirão jamais, ao indiciado, fazer nada de bom e construtivo. Ainda mais, os indivíduos de sua categoria são com muita freqüência sujeitos a impulsos patológicos, isto é, são levados à prática de atos determinados independentemente de sua vontade.

"Luiz é portador, desde a infância, sobretudo desde a época da puberdade, de manifestações impulsivas as quais não tem condições de impedir. De repente se sente induzido a executar determinado ato, com freqüência de natureza sexual. E isto sempre em um número de vezes determinado. Pode-se resumir que Luiz, como a maior parte dos seus congêneres, é um enfermo impulsivo, e que se encontra situado entre os casos de simples impulsões, cuja vontade é insuficiente e incapaz de opor resistência aos atos obsessivos.

"Este desequilíbrio manifesto está concentrado principalmente no domínio da sexualidade do indivíduo, e em particular, nos atos delituosos que lhe foram atribuídos. Pratica a masturbação de maneira compulsiva, tornando-se algumas vezes dominado pelo desejo de exibir os seus órgãos genitais, de masturbar-se diante das jovens suas vizinhas da casa de frente. Estes desejos, estas solicitações são, conforme esclarece, comparáveis às que lhe induzem a realizar os atos referidos. Algumas vezes, de acordo com o momento, os executa imediatamente; em outras vezes tenta dominar-se, andando por dentro de casa ou mesmo saindo à rua; porém, em certos momentos é forçado, por assim dizer, a voltar.

"Luiz esclarece que os fatos que lhe são atribuídos não são falsos, apesar de terem sido exagerados; porém que 'era algo mais forte do que ele, sentia-se impulsionado e praticava o ato de maneira inconsciente'.

"Acrescenta, além disso, que nesses momentos, não sentia nem vergonha nem remorsos, que não compreendia a importância de seus atos, porém que hoje se dá conta do que praticiou e que se sente desesperado. Observamos que diz isto com certa tranqüilidade e indiferença, e que no fundo não tem noção exata, em face do seu nome e da posição social de sua família, da deplorável situação em que se encontra. Os seus sentimentos se baseiam mais no lado material do que no lado moral desta situação, e se queixa mais das privações relacionadas com a higiene e desconforto que representa a sua prisão, do que da grave desconsideração e do menosprezo que todos sentirão por ele e pelos seus familiares.

"Fora destas particularidades, não encontramos no indiciado, nem delírio nem alucinações, nem nenhum dos sintomas constitutivos da alienação mental propriamente dita.

"Conclusões: 1) Luiz não é portador de alienação mental. Porém, é manifestamente um deficiente da inteligência e portador de debilidade volitiva e propenso a impulsões. 2) Nestas condições a sua responsabilidade em geral, e particularmente em relação aos atos de que é acusado, deve ser considerada como atenuação de sua responsabilidade" (Pitres).

d) *MASOQUISMO* — O masoquismo representa uma perturbação das pulsões sexuais e está representado pela necessidade erótica de provocar sensações dolorosas ou sofrimento moral, sensações provocadas pelo próprio indivíduo ou pelo companheiro da relação sexual. Alguns psicólogos ampliaram demasiadamente o conceito de masoquismo, estendendo-o ao sofrimento físico ou moral. Em muitos casos está associado às práticas humilhantes ou mutiladoras, como já tem sido descrito por inúmeros especialistas. O masoquismo caracteriza-se, essencialmente, por submissão e passividade.

O masoquista revela uma sensibilidade à dor bastante embotada, e um sentimento psíquico mais ou menos embrutecido. Ele só consegue alcançar a voluptuosidade sexual quando submetido a violências, humilhações, insultos e flagelações, que inflige a si próprio ou consegue que a companheira o pratique, seja durante o ato sexual ou intervenção direta sobre o órgão sexual a fim de provocar o orgasmo. Não se trata de crueldade, mas sim de sofrimento dirigido especificamente para uma finalidade sexual.

O masoquismo é excepcionalmente praticado pela mulher, apesar de sua tendência natural à passividade. Em geral, o masoquista obtém tais práticas por complacência venal de prostitutas, que se prestam às mesmas, em alguns casos, com a maior satisfação.

Do ponto de vista médico-legal, esta perversão das tendências sexuais tem conseqüências graves, pois em alguns casos podem ocorrer ferimentos graves e até mesmo mutilações.

O masoquismo é observado em neuróticos, com profundo sentimento de culpa.

e) *SADISMO* — Tendência mórbida a infligir sensações dolorosas, que se encontra intimamente ligada ao prazer genital. O indivíduo ao qual é imposto o sofrimento físico pode ser do mesmo sexo que o sádico, ser adulto, criança ou adolescente. Os sofrimentos e humilhações impostos ao parceiro da relação sexual representa o traço característico do sadismo.

Nos graus iniciais da perversão, o sadismo é apenas imaginado: o indivíduo se satisfaz ao imaginar cenas de violência. Em grau mais avançado, o sádico começa a infligir ao parceiro sexual pequenas práticas de violência reais, tais como mordeduras, beliscadas, chicotadas. Nos estados extremos, o indivíduo pratica atos de grande violência, como lacerações, mutilações, estrangulamento, eventração, golpes mortais. Ou apenas sofrimentos morais, como injúrias e humilhações.

A satisfação que o indivíduo experimenta pode ser apenas de ordem psíquica, mas, habitualmente, os padecimentos infligidos às vítimas são acompanhados de grande prazer sexual, que aumenta progressivamente até atingir o orgasmo, através do coito ou da masturbação.

O sádico é geralmente dotado de uma emotividade embotada, principalmente no plano genital — daí a necessidade de praticar atos de violência com o objeto de seus desejo sexuais. No plano moral também há um certo embotamento, razão pela qual cede facilmente aos seus impulsos agressivos.

Encontram-se manifestações de sadismo em casos de psicopatias, os chamados frios de ânimo e em neuróticos obsessivos compulsivos.

O sadismo pode dar origem a problemas sociais e médico-legais, nos casos em que o indivíduo pratica estupro ou homicídio. Existem criminosos que sentem um prazer sexual enorme ao torturar e matar as suas vítimas.

Encontram-se manifestações de sadismo em casos de psicopatias, os chamados frios de ânimo e em neuróticos obsessivos compulsivos.

O sadismo pode dar origem a problemas sociais e médico-legais, nos casos em que o indivíduo pratica estupro ou homicídio. Existem criminosos que sentem um prazer sexual enorme ao torturar e matar as suas vítimas.

13. Alterações da linguagem

Introdução psicológica

A *linguagem* é considerada como um processo mental de caráter essencialmente consciente, significativo e orientado para o social. Constitui requisito essencial desse processo o fato de ser a linguagem consciente. Entretanto, não se pode afirmar de maneira categórica que em todo o seu curso seja ela inteiramente consciente. Numa simples conversação entre pessoas, nenhuma delas está tomando conhecimento das palavras que vai pronunciar, verificando-se que o fluxo da linguagem provém de camadas mais profundas, não conscientes. Mesmo quando um professor está ministrando uma aula ou um orador profere o seu discurso, as palavras que afluem à consciência e são transmitidas ao auditório não são *escolhidas* e procedem de zonas obscuras, que não constituem a parte central da consciência. Falando nos termos empregados por William James, a estrutura da consciência comporta uma parte central onde se encontra aquilo que é momentaneamente vivenciado e círculos concêntricos que se afastam progressivamente, representando a *franja* da consciência e correspondendo aos processos subconscientes e inconscientes. Deve-se admitir, como hipótese de difícil comprovação, que é dessa área que provêm as palavras expressas na linguagem.

A linguagem apresenta aspectos muito variados, que interessam a disciplinas regionais como a lingüística, a gramática, a filosofia, a sociologia, as técnicas de informação e comunicação, a psicologia e a medicina.

Examinando a linguagem do ponto de viata psicológico e psicopatológico, interessa-nos particularmente a palavra falada e escrita. Estas duas formas de manifestação do pensamento constituem o último elo da cadeia de processos psíquicos que, iniciando com a percepção, terminam com a expressão da palavra falada ou escrita. "A linguagem verbal se compõe de uma sucessão de movimentos sinérgicos e de mudanças alternadas em vários grupos musculares, cada um dos quais também realiza outros atos elementares. O ato complexo da linguagem em sua forma perfeita requer a mobilização, numa ordem de sucessão apropriada, de uma série complexa de atos parciais, nos quais o momento de apresentação tem uma importância fundamental. A perda da exatidão cronológica, que deve reger o encadeamento destes processos, ocasiona a alteração da atividade total."

A linguagem consiste de dois elementos fundamentais — a *sintaxe* e a *palavra*. A sintaxe tem por objeto estabelecer as relações entre as palavras e as frases, e corresponde à própria organização do pensamento. Há uma ordem normal e necessária no arranjo e no seguimento das representações e dos conceitos, que se dispõem no sentido de formar o raciocínio lógico. A palavra é um dos elementos essenciais na expressão do pensamento. A mímica é também uma das formas de manifestação do pensamento.

No estudo da linguagem, ensina English, deve-se fazer a distinção entre a *expressão verbal e gráfica* — conjunto de sinais próprios de cada língua — e a *intenção significativa* das palavras, com a qual mencionamos algo que não são os sons ou traços escritos.

As pesquisas fisiológicas de I. P. Pavlov sobre o segundo sistema de sinalização desempenham, no estudo da linguagem, um papel de grande significação. Já em 1924, Pavlov considerava a *palavra* como um estímulo condicionado, comparável a todos os estímulos, porém advertia que a *palavra* tem um caráter próprio, especificamente humano, que a distingue de todos os outros estímulos condicionados comuns ao homem e ao animal. "Para o homem" — escreveu Pavlov — "a palavra é evidentemente um excitante condicionado tão real como todos os que lhe são comuns com os animais, mas, por sua vez, a palavra possui uma extensão, abarca uma multidão de objetos, como nenhum outro excitante. Sob este aspecto, a palavra não suporta nenhuma comparação quantitativa nem qualitativa com os excitantes condicionados dos animais." Posteriormente, em 1932, Pavlov teve oportunidade de precisar de maneira rigorosa a natureza própria da linguagem como segundo sistema de sinalização: "Se nossas sensações e representações relacionadas com o mundo circundante formam para nós os primeiros sinais da realidade, os sinais concretos, a palavra e antes de tudo as excitações cinestésicas (sentido muscular), indo do órgão da palavra ao córtex cerebral, constituem os segundos sinais, os sinais dos sinais. Representam uma abstração da realidade e prestam-se a uma generalização, o que forma justamente nosso modo de pensamento suplementar, especificamente humano, superior."

Segundo Sven Folin, que estudou particularmente este problema, "a palavra pertence a um conjunto (a linguagem) que constitui o segundo sistema de sinalização, a saber, o sistema que assinala o primeiro sistema, constituído pela própria realidade objetiva concreta. O segundo sistema de sinalização une as diversas formas motoras ou sensoriais da linguagem como função de sinalização específica da atividade nervosa superior humana, obedecendo às leis gerais de análise e de síntese do córtex cerebral, mas sobre a base de um material especial, a realidade objetiva independente do indivíduo que fala, escreve, escuta ou lê, tendo a língua suas leis próprias". Em suas conclusões, diz Folin que o segundo sistema de sinalização "permite não somente a transmissão dos conhecimentos adquiridos ao longo do processo histórico pelo qual o homem se torna progressivamente o senhor da natureza, mas dá-lhe também um meio de conhecimento, a possibilidade de abstrair dos primeiros sinais da realidade seu aspecto profundo e as leis que regem os objetos e fenômenos da natureza".

O segundo sistema de sinalização, porém, não é o conhecimento, mas um meio de conhecimento e de criação.

Patologia e valor semiológico

Considerando a linguagem como o elo final da cadeia de processos psíquicos que se iniciam com a percepção e terminam com a palavra falada ou escrita, é impossível admitir a separação entre linguagem e pensamento. Pode-se afirmar que a todo pensamento corresponde uma expressão verbal, ou melhor, não existem pensamentos que não sejam formulados por palavras. Por essa razão, não se pode estabelecer uma perfeita diferenciação entre as perturbações do pensamento e as da linguagem, pois, se isso fosse possível, as alterações da linguagem ficariam limitadas às alterações da articulação da palavra e da sintaxe. Na realidade, porém, essas perturbações são muito mais complexas. Como vimos anteriormente, no capítulo das alterações do raciocínio, os enfermos esquizofrênicos, podem expressar os maiores disparates, mantendo uma perfeita correção da sintaxe. Ainda aqui não é demais relembrar que a separação entre os diferentes processos psíquicos é feita apenas para facilitar o ensino.

Analisando as alterações da linguagem falada de um ponto de vista estritamente prático, podem-se dividir essas alterações em dois grupos principais: 1) alterações da linguagem oral devidas a causas orgânicas; 2) alterações da linguagem oral de natureza funcional.

Alterações da linguagem oral devidas a causas orgânicas

Neste grupo, incluem-se todas as perturbações que resultam de uma lesão ao nível de qualquer das partes que intervêm na elaboração e na emissão dos sons, de cuja articulação resulta a palavra falada. As principais alterações deste grupo são as seguintes:

Disartria (Do grego, *dys*, difícil, e *artron*, articulação.) Consiste na dificuldade de articular as palavras, resultante de paresia, paralisia ou ataxia dos músculos que intervêm na articulação. A perturbação é mais acentuada quando se trata de pronunciar as consoantes labiais e linguais, as quais são omitidas ao dizer as palavras, ou o enfermo titubeia antes de pronunciá-las. A alteração torna-se mais evidente quando se utilizam as frases de prova. Por exemplo, pede-se ao doente que pronuncie: "Sou caricaturista, vou caricaturar-me no caricaturista", "artilheiro de artilharia", "ministro plenipotenciário".

O exame clínico dos casos de disartria de origem cerebral mostra que a alteração não se manifesta isolada; em geral está associada a alterações gnosicoapráxicas ou a transtornos disfásicos. Na opinião de Alajouanine, que estudou as alterações da articulação da palavra secundários a lesões cerebrais no adulto, nestes casos se verificam três tipos de transtornos, que se apresentam conjuntamente: transtornos parético, distônico e dispráxico. O próprio Alajouanine não admite que o processo de elocução da palavra seja algo completamente isolado da formulação verbal. "Se o esboço oral de uma palavra facilita sua elocução, é sinal de que a atividade motora alterada afeta os instrumentos da linguagem."

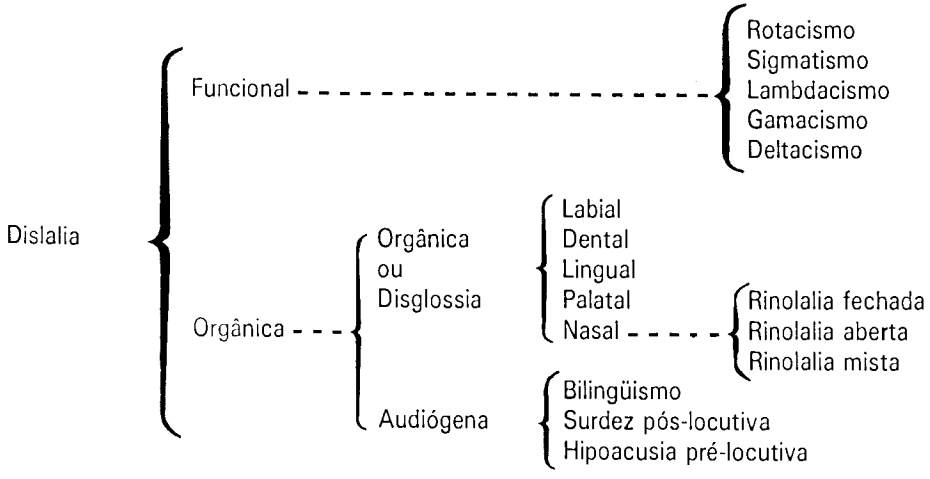
A disartria é observada mais freqüentemente na paralisia geral, onde se manifesta associada a outras perturbações da linguagem. Pode ser encontrada, também, nos traumatismos cranio-encefálicos, nos tumores benignos e malignos do cérebro, cerebelo ou tronco encefálico, nas lesões vasculares encefálicas, na intoxicação alcoólica, na esclerose em placas, na paralisia pseudobulbar, nas paralisias periféricas do grande hipoglosso, pneumogástrico e facial.

Dislalias (Do grego *dys*, difícil, e *lalein*, falar.) Constituem um grupo numeroso de perturbações orgânicas ou funcionais da palavra. No primeiro caso, resultam da malformações da língua, da abóbada palatina e de qualquer outro órgão da fonação, ou de imperfeita inervação desses órgãos. Encontram-se em casos de malformações congênitas, tais como o lábio leporino, a goela-de-lobo ou como conseqüência de traumatismos dos órgãos fonadores. Certas dislalias são devidas a enfermidades do sistema nervoso central.

Os sintomas consistem em omissão, substituição ou deformação dos fonemas. De modo geral, a palavra é fluida, embora ininteligível, podendo o desenvolvimento da linguagem ser normal ou levemente retardado. Não se observam transtornos no movimento dos músculos que intervêm na articulação e emissão da palavra. Em muitos casos, a pronúncia das vogais e dos ditongos é correta, bem como a habilidade para imitar sons. Não há disfonia nem ronqueira.

O exame clínico direto revela ao médico uma criança intranqüila, distraída, muitas vezes apática e desinteressada, e que não fala em sua presença. O exame consiste nas provas de articulação das palavras, palatografia, testes de desenvolvimento da inteligência, audiometria e provas da capacidade motora.

Jorge Perelló propõe esta classificação da dislalia:



Nas dislalias funcionais não se encontra nenhuma alteração orgânica a que possa ser atribuído o transtorno. Nesses casos, intervêm os mesmos fatores etiológicos da gagueira: hereditariedade, imitação, alterações mentais e nervosas.

Em deficientes mentais observa-se a chamada "idiolalia de Tredgold", isto é, uma linguagem individual acessível apenas ao grupo familiar.

Afasia Déjerine define a afasia como "uma perturbação da linguagem, caracterizada pela perda da memória dos sinais por meio dos quais o homem civilizado troca idéias com seus semelhantes".

Para Laignel Lavastine e Gilbert Ballet, a afasia "é a perda parcial ou total da faculdade de exprimir os pensamentos por sinais e de compreender esses sinais".

Na opinião de Pierre Marie, o fato dominante no estudo da afasia "é a insuficiente compreensão da palavra falada e a impossibilidade em maior ou menor grau de ler ou de escrever". Isso acontece na ausência de alterações dos aparelhos sensoriais e sem que existam paralisias capazes de impedir a expressão do pensamento através da palavra oral ou escrita. A afasia sempre se acompanha de perda dos conhecimentos adquiridos e, conseqüentemente, de decadência das funções intelectuais. Austregésilo considera a afasia como a perda da inteligência específica da linguagem.

Na afasia (do grego *a*, privativo, e *phasis*, palavra), embora o enfermo não apresente sintomas de demência acentuada nem manifestações de paralisia, nem de cegueira e surdez, acha-se no entanto incapacitado para expressar o pensamento por meio da palavra oral ou gráfica e de compreender a palavra falada ou escrita.

O estudo da afasia tem contribuído para amplas discussões, especialmente de parte daqueles que abordam o problema do ponto de vista filosófico, lingüístico ou psicológico puro.

As investigações dos neurologistas tomam como ponto de partida as afasias originadas por uma lesão cerebral e, a partir dessa verificação, levantaram-se hipóteses no sentido de explicar a formação da linguagem e sua possível localização.

O problema das localizações cerebrais da linguagem não pertence ao lingüista, nem ao psicólogo puro, nem ao neurologista clínico. Razões de sobra tinha Head quando afirmou: "Localizar a lesão que destrói a linguagem e localizar a linguagem em si mesma são duas coisas completamente diferentes."

Ao neurologista clínico compete apenas estudar os seus afásicos e localizar a lesão responsável pelo transtorno, cabendo ao neurofisiologista investigar as possíveis localizações da linguagem.

Opinião valiosa e esclarecedora sobre o assunto foi expressa por Dimitri, que, ao estudar amplamente o problema das afasias, escreveu: "A tarefa de estudar as afasias, com o método anatomoclínico, é por si mesma bastante intrincada e, em nossa opinião, o único meio que poderá resolver a questão. Uma coisa é fazer considerações *atomísticas* ou *dinâmicas* e suposições localizadoras da linguagem humana normal, e outro assunto é correlacionar suas perturbações, no sentido da afasia, de acordo com determi-

nada lesão cerebral. Não nos causa estranheza, portanto, que os psicólogos e clínicos, ao tentarem um acordo sobre estas questões tão diferentes da linguagem, não o tenham conseguido e isto, precisamente, porque os seus respectivos pontos de partida, assim como o destino de seus estudos, são bastante diferentes. O problema da linguagem em geral é vasto e pode chegar a abarcar quase todo o conhecimento humano; o das afasias, ao contrário, apesar de ser difícil, é muito mais circunscrito. O lado negativo está em que alguns neurologistas, para defender suas doutrinas sobre a afasia, tiveram de apelar para noções complementares fora de seu domínio, descuidando em troca certas normas anatomoclínicas, que serão sempre o fundamento de nossos conhecimentos sobre os afásicos."

Em seu trabalho de atualização do problema, Th. Kammerer conceitua as afasias como transtornos complexos que alteram a linguagem tanto em seu papel de veículo da compreensão como da expressão e elaboração do pensamento. As suas características, qualquer que seja o tipo de manifestação, consistem em:

"1º) serem produzidas por lesões focais do córtex ou do centro oval;

2º) não serem condicionadas por alterações motoras ou sensitivo-sensoriais primárias, de ordem paralítica ou anestésica, óptica ou acústica; são compatíveis, por conseguinte, com a integridade das funções motoras e sensitivas e das percepções elementares;

3º) estarem acompanhadas, geralmente, em grau variável, de elementos apráxicos ou agnósticos;

4º) estarem associadas a transtornos mais ou menos profundos da atividade intelectual — especialmente do pensamento abstrato e sintético — que podem ser fatores concomitantes ou simples repercussões das alterações da linguagem."

Esses princípios contribuíram para o estabelecimento de uma classificação dos diferentes tipos de afasia, sem levar em consideração: a) se as variedades descritas representam verdadeiras entidades clínicas; b) se, pelo contrário, alguns desses complexos sintomáticos representam apenas o resultado da topografia lesional; c) se eles não constituem momentos diferentes na evolução da perturbação da linguagem, segundo a regressão ou a agravação dos processos etiológicos.

Dos diferentes tipos de afasia, destacamos apenas aqueles que são bem conhecidos do ponto de vista anatomoclínico: *afasia motora, afasia sensorial, afasia de Broca e afasia global.*

Afasia motora É também denominada afemia (do grego *a*, privativo, e *phemi*, falar), "anartria" (P. Marie), "afasia verbal", (H. Head), "síndrome de desintegração fonética" (Alajouanine). Na afasia motora, o doente conserva a linguagem, porém não pode falar, embora não apresente alterações da musculatura que intervém na articulação das palavras. A perturbação tem aqui uma origem cerebral. O único sintoma observado neste tipo de afasia é a impossibilidade de pronunciar as palavras: o doente compreende o que ouve porque conserva a imagem mental das palavras; no entanto, não pode falar. A leitura e a escrita estão conservadas.

Exemplo clínico — *"C. Herrán, 55 anos, contador. Deu entrada no Serviço de Neurologia do Hospital Alvear, onde o observamos, diariamente, durante três meses. Em seus antecedentes, encontram-se alcoolismo moderado e acessos de cefaléia, periódicos, de grande intensidade. Informou o filho que, algum tempo antes de adoecer, Herrán revelou alterações do caráter, mostrando-se taciturno, e acentuação das crises de cefaléia. Fez regime e tratamento para hipertensão arterial. Tratava-se de um homem culto e os familiares, ao observarem as alternativas de seu estado, nos ajudaram em parte a explorar seus transtornos afásicos, acompanhando paulatinamente a sua melhora. Foi registrado na história da doença atual: no dia 3 de abril de 1932, pouco depois de deitar-se, teve um* ictus, *acompanhado de perda do conhecimento; no dia seguinte recuperou a consciência, porém não pôde falar, respondendo com gestos a certas perguntas. Na mesma semana foi internado em nosso serviço, onde comprovamos hemiplegia direita com participação do facial inferior, exagero dos reflexos tendinosos e sinal de Babinski; havia também diminuição considerável da sensibilidade no lado da hemiplegia. Do ponto de vista da linguagem, durante o primeiro mês consecutivo ao* ictus *apresentava: linguagem expressiva muito perturbada, podendo qualificar-se como verdadeira afasia motora. As palavras que tentava pronunciar, com grande esforço, eram alteradas e ininteligíveis; em certos mometos de excitação ou sob influência afetiva era possível compreender alguma frase curta como 'não posso'. No final do primeiro mês tentava emitir uma série de palavras cuja entonação e pausas permitiam adivinhar seu significado, sempre sob o disfarce de uma articulação muito deformada. Quando se excitava incorria facilmente numa verdadeira parafasia. A palavra repetida era impossível; ainda mais porque esta exploração oferecia certa dificuldade por ser impossível fazer o enfermo compreender o que se pretendia explorar. A compreensão da palavra estava muito perturbada, não podendo executar as ordens simples como a de 'abrir a boca' ou 'fechar os olhos'. A leitura e a escrita eram impossíveis. A inteligência parecia não estar afetada; o seu olhar era bastante expressivo e em alguns momentos manifestava tristeza por seu estado com gestos bastante significativos. Não havia apraxia ideatória nem ideomotora. Quarenta dias depois do* ictus, *num segundo exame, foi possível verificar melhora considerável, não só do ponto de vista da hemiplegia como também da afasia. A expressão oral se fazia com certa dificuldade, omitindo palavras ou pronunciando-as com disartria; porém, de modo geral, conseguia fazer-se entender de maneira satisfatória. A palavra repetida mostrava ainda grandes dificuldades. A linguagem de compreensão, apesar de melhorada, apresentava muitas falhas; ao apresentar-lhe alguma proposição complexa ou dar-lhe uma ordem de modo rápido, o enfermo não podia cumpri-la, perdia-se e advertia em seguida ao interlocutor sua falha de compreensão. Ao exame de leitura, apenas soletrava, não compreendendo o sentido das frases nem das palavras isoladas. Nesse estado permaneceu o enfermo durante as poucas semanas que precederam o segundo* ictus *que foi fatal.* Comprovação anatomopatológica — *Grande cavidade quística — pós-hemorrágica — subjacente à ínsula, na zona lenticular esquerda, abrangendo em altura a parte destruída, numa extensa região desde a zona superior do centro oval e o começo da cápsula*

interna até as proximidades do núcleo amigdaliano. Córtex da terceira frontal, região subcortical, centro oval correspondente e fibras anteriores do corpo caloso, intactos. A secção do feixe arqueado na cápsula externa explica a afasia por interrupção das fibras de associação'' (Dimitri).

Afasia sensorial (Wernicke) A afasia sensorial representa o pólo oposto da anterior. Enquanto a afasia motora consiste numa alteração da expressão, na afasia sensorial o transtorno se centraliza na recepção dos sinais verbais. Neste tipo de afasia, observam-se cegueira verbal, surdez verbal, perturbação da palavra espontânea, da leitura e da escrita. O afásico tipo Wernicke consegue falar, mas geralmente fala numa linguagem destituída de sentido lógico e pronuncia as palavras de maneira defeituosa ou emite uma série de palavras sem ordem gramatical, o que torna a sua linguagem inteiramente incompreensível. Coexiste a decadência dos processos intelectuais. Associa-se, freqüentemente, à hemianopsia e à apraxia ideatória. A hemiplegia é rara nesses casos.

Exemplo clínico — *''J. Aguero, 60 anos, professor. Foi internado no Serviço de Neurologia do Hospital Alvear, em virtude de ter apresentado* ictus *e hemiplegia. Residia em Santiago del Estero, onde se dedicava a tarefas pedagógicas e, posteriormente, à profissão de procurador, desfrutando de excelente reputação por sua inteligência e caráter impoluto. Além de surdez sensorial, apresentava surdez verbal muito acentuada, embora não absoluta. As ordens de 'fechar os olhos' e 'abrir a boca' não as executava. Indicando algumas províncias da República, entre as quais Santiago del Estero, onde residia há muitos anos, esse nome não lhe despertava a atenção. Estando sentado em nossa frente e ao dizer-lhe 'levante-se', não executava a ordem. Ao serem formuladas as perguntas: Que idade tem você? Como se chama? Em que hospital se encontra?, respondia de modo incoerente, com circunlóquios que não concordavam com o interrogado. A surdez não era absoluta porque, ao ouvir determinadas palavras em uma pergunta, respondia de acordo com uma delas e não com o sentido da frase. Por exemplo: — Conte-nos algo. —* 'Si, he ganado algo' *— Tem família? —* 'Tengo muchos patrios'. *Mostrando-lhe objetos para que os nomeasse, não acertava, porém fazia tentativas para explicar com circunlóquios, constituídos por palavras alteradas e sob a forma de parafasia. Quando se irritava, a sua linguagem de expressão era uma verdadeira jargonofasia. Quando se permitia que falasse livremente, improvisava frases novas, sendo difícil que as repetisse da mesma forma, voltando a dizer somente uma ou outra palavra. Estas expressões, desprovidas de lógica e com palavras truncadas, constituíam a forma típica da parafasia. Exemplo:* 'Er marche me enseña algo ahora, siempre me han dado la razón invigitación... burge, ah sí, porque me tiene mal el maestro, porque me tiene bien enseñado. Ante no ontoñaban bien los maestros'. *O exame da leitura estava dificultado pela impossibilidade de o enfermo fixar a atenção e ainda em conseqüência da parafasia e da surdez verbal. Deixando que escrevesse algumas frases espontaneamente, fazia-o com o maior desembaraço, traçando uma série de linhas regularmente dispostas, com as iniciais maiúsculas e pontuação, mas as palavras escritas careciam de significação, incorrendo nos mesmos erros observados na linguagem falada. A cópia revelava as mesmas perturbações, e a escrita ao ditado era impossível. A perturbação mais acentuada da linguagem era a surdez verbal; havia também cegueira verbal. Todas as manifestações afásicas estavam relacionadas à perda da linguagem interior. Comprovação anatomopatológica: Amolecimento da região têmporo-supramarginal esquerda por ateromatose da silviana e obstrução de seus ramos temporal anterior e parietal. A lesão não chegou, em sua profundidade, a destruir os núcleos optoestriados, porém afetou o pólo posterior da ínsula e as fibras de associação que ligam a região anterior à posterior da linguagem''* (Dimitri).

Afasia de Broca Na afasia de Broca, diz Déjerine, todas as modalidades da linguagem estão perturbadas em maior ou menor grau, mas há sempre predominância da perturbação da palavra articulada, da leitura e da escrita. O afásico deste tipo não articula nenhuma palavra ou apenas poucas palavras, não compreende bem, não lê nem escreve bem. Não é apenas um afásico da expressão, mas também da compreensão. É o tipo mais comum de afasia. Geralmente, apresenta-se depois de um *ictus* associada a uma hemiplegia direita. Pode ser observada na doença de Pick, quando se manifesta de modo progressivo.

Exemplo clínico — *''G. Roberts, 46 anos, agente de polícia. Foi internado no Serviço de Neurologia do Hospital Alvear, com o diagnóstico de hemiplegia direita e afasia. O acompanhante informou que o enfermo fizera tratamento específico, nos últimos meses, não abandonando as suas ocupações até o dia em que sofreu o ataque. A enfermidade teve início sob a forma de* ictus, *quando se encontrava em um bar bebendo cerveja em companhia de uns amigos. No dia seguinte recuperou o conhecimento e foi internado em nosso serviço, onde comprovamos hemiplegia direita, flácida, com paresia do facial inferior e sinal de Babinski. Chamava a atenção a hipertensão arterial. Os transtornos da linguagem foram facilmente verificados, desde o início do exame, pois quando o doente chegou ao hospital já havia recuperado o conhecimento. Ao formular algumas perguntas, o enfermo nos dirigia o olhar prestando atenção, porém falhava na execução das ordens, mesmo as mais simples, conseguindo-se, no entanto, com algum esforço e em certos momentos, que abrisse a boca, fechasse os olhos e que nos desse algumas vezes a mão esquerda. A linguagem expressiva estava completamente anulada, não podendo articular seu nome nem o de nenhum objeto que lhe foi mostrado. A afirmação e a negação eram expressas através dos movimentos usuais da cabeça, porém nunca com os seus correspondentes monossílabos. Ao insistir em que pronunciasse alguma palavra ou que a repetisse, não se obtinha resultado satisfatório, revelando o enfermo impaciência ou desviando o olhar para que não se insistisse no exame. Costumava apresentar acessos de pranto espasmódico. Observamos este afásico durante dez dias em nosso serviço, repetindo-se várias vezes as provas da linguagem de compreensão e de expressão; em relação à primeira, pode dizer-se que conseguiu executar algumas ordens nos últimos dias, porém a articulação verbal persistiu anulada durante todo o transcurso da enfermidade. A síndrome afásica de*

Broca estava constituída de forma completa e acentuada, predominando a afasia motora ou anartria de forma absoluta, observando-se também surdez verbal e, como sempre acontece nesses casos, a linguagem interior estava bastante comprometida. Dez dias depois de sua internação, o paciente faleceu em conseqüência de um segundo ictus. Comprovacão anatomopatológica: *hemorragia da artéria lentículo-estriada com destruição da zona lentículo-insular esquerda e das fibras de associação do feixe arqueado''* (Dimitri).

Afasia global Trata-se de uma forma de afasia que se caracteriza pela perda completa da articulação da palavra e surdez verbal. Nos casos típicos a dissolução da linguagem é de tal magnitude que chega a comprometer os automatismos mais elementares. O déficit atinge de igual modo as funções da compreensão e de expressão da palavra. Esta forma de afasia é conseqüência de extensas lesões cerebrais que atingem a zona motora, a ínsula e a zona parieto-temporal da linguagem. Acompanha-se de hemiplegia direita e hemianopsia lateral homônima direita e de transtornos apráxicos e agnósticos.

Exemplo clínico — *''M. Aguado, 47 anos. Foi internada na IV Enfermidade do Hospital Alvear, com antecedentes hepáticos e em estado grave. Comprova-se, além da icterícia, grande tumefação do fígado que, por suspeita de quisto hidático, deu motivo a uma intervenção cirúrgica. Puncionou-se, efetivamente, um quisto que subministra abundante líquido, membrana prolífera e pequenas vesículas. Seis dias após a intervenção cirúrgica, a enferma apresentou hemiplegia direita com perda do conhecimento, que durou algumas horas. Recuperada a consciência, a própria enferma verificou sua hemiplegia flácida e completa, lamentando o seu estado com gestos de desespero e demonstrando grande ansiedade. Atendia aos seus familiares que a visitavam, orientando-se a respeito do lugar onde se encontrava e solicitando com gestos tudo o que necessitava, porém permaneceu durante dezoito dias sem entender o que se lhe dizia e sem poder articular nenhuma palavra. Este foi um caso de afasia global que acompanhamos desde o início, depois de um* ictus, *até poucas horas antes da morte. Relatar os sintomas afásicos deste caso é bem simples, pois a linguagem de compreensão e de expressão estava completamente anulada. Por outro lado, tratava-se de uma analfabeta, o que reduzia ainda mais as possibilidades do exame semiológico. Em várias ocasiões nos aproximamos da enferma para interrogá-la, perguntando-lhe o nome ou transmitindo-lhe alguma ordem simples, porém deparávamos com uma surdez verbal completa. Simulava prestar atenção ou se impacientava e fazia um gesto com a mão esquerda, levando-a à boca. Não foi possível, durante os dezoito dias que esteve em observação, obter compreensão por meio da palavra falada. O mesmo aconteceu com a articulação da palavra; não foi possível conseguir que a enferma emitisse uma única sílaba, conservando essa espécie de mutismo que podia ser classificado como anartria absoluta. Sem sair desse estado, a paciente faleceu no décimo oitavo dia a partir do* ictus. *O diagnóstico foi embolia da silviana do lado esquerdo com a sua correspondente hemiplegia e afasia global, confirmando-se na autópsia este diagnóstico*. Comprovação anatomopatológica — *Grande foco de necrose que destruiu as zonas anterior e posterior da linguagem, de formação recente e de aspecto ademato so e congestivo. Embolia da silviana''* (Dimitri).

Causas da afasia Na ordem decrescente de importância, as causas da afasia são as seguintes: 1ª) desordens vasculares; 2ª) traumatismos que atingem o hemisfério esquerdo; 3ª) processos inflamatórios; 4ª) escleroses disseminadas e encefaloses; 5ª) abscessos e gomas; 6ª) tumores; 7ª) hematomas.

Podem-se observar afasias transitórias no curso da uremia, diabete, intoxicações, na epilepsia e na enxaqueca.

Disfemias São perturbações na emissão das palavras, de tipo intermitente, sem que existam alterações dos órgãos da expressão. Neste grupo, a alteração mais importante é a *gagueira*. Caracteriza-se por hesitação, silabação, precedida ou intercalada dos fonemas *qui, que, ga, gue*. Revela a tendência de aumentar ou diminuir sob a influência da emoção. São observadas em neuróticos e em casos de psicopatias.

Disfonias Não se trata, na realidade, de alteração da linguagem, mas de defeitos da voz, devidos a perturbações orgânicas ou funcionais das cordas vocais ou em conseqüência da respiração defeituosa.

Alterações da linguagem oral de natureza funcional

Aqui se incluem todas as alterações da linguagem oral resultantes de alterações mentais, coexistindo a integridade dos centros e das vias de condução da linguagem. As principais alterações deste tipo são:

Logorréia Diz Antoine Porot que a arte de ''falar muito e não dizer nada'' não é atributo apenas de alguns tipos de enfermos mentais. ''Na vida comum'' — escreve — ''encontramos muitos *charlatães* cuja incontinência verbal poderia ser comparada a uma forma menor e de certo modo subnormal da logorréia: o palavrório feminino fútil e inconsistente de certas reuniões sociais, a facúndia e conversa cínica de certos embusteiros, as explicações discursivas intermináveis de propagandistas e vendedores.'' A disposição hipomaníaca pode representar um estado permanente, de forma moderada, compatível com a vida social. Assim, um indivíduo de tipo hipomaníaco pode despertar a atenção sobre sua pessoa pela maneira incessante como fala, não dando oportunidade ao interlocutor para contestá-lo, falando em tom de voz elevado, gesticulando muito e, sobretudo, logorréico. Na excitação maníaca verifica-se o fluxo incessante e incoercível de palavras, emitidas sem coesão lógica, que se acompanha de aceleração do ritmo psíquico e de elevação do estado de ânimo.

A logorréia é comum em todos os casos de excitação psicomotora, principalmente nos estados maníacos e hipomaníacos, na embriaguez alcoólica; em casos de demência senil, a logorréia está reduzida, muitas vezes, a uma verbigeração incoerente.

Bradilalia Consiste numa diminuição da velocidade de expressão, como resultado da lentidão dos processos psíquicos e do curso do pensamento. Observa-se no parkinsonismo pós-encefalítico, em casos de epilepsia pós-traumática.

Verbigeração Repetição incessante durante dias, semanas e até meses, de palavras e frases pronunciadas em tom de voz monótono, declamatório ou patético. É observada nos estados demenciais, em transtornos mentais confusionais e na esquizofrenia, especialmente na forma catatônica.

Bumke registrou este exemplo de verbigeração: *''A toda força para Verdun, a toda força para Verdun. Onde está a porta, onde está a porta, onde está a porta? Olha o homem, olha o homem. Onde há céu? Filho meu, onde estás? Vem aqui. Ovelhas e porcos, ovelhas e porcos, vacas e cavalos, vacas e cavalos, porcos, porcos e vacas. Destruí a má erva. Destruí a má erva. Homens e tudo o que há no mundo. O que há no mundo. Grande Deus, cuida do teu filho.''*

Mutismo Ausência de linguagem oral. O mutismo tem origem e mecanismos os mais variados. Nas doenças mentais, é observado nos estados de estupor: estupor da confusão mental, da melancolia e da catatonia; nos estados demenciais avançados: demência senil. Na esquizofrenia, o mutismo adquire uma importante significação. Pode decorrer, nesse caso, de interceptação do pensamento, de perda de contato com a realidade, de alucinações imperativas ou de idéias delirantes de culpabilidade. Com muita freqüência, os catatônicos não falam nem respondem ao interrogatório, dando-nos a impressão de que se encerram voluntariamente no mais completo mutismo.

Mussitação É a expressão da linguagem em voz muito baixa; o enfermo movimenta os lábios de maneira automática produzindo murmúrio ou som confuso. É um sintoma próprio da esquizofrenia.

Ecolalia É a repetição, como um eco, das últimas palavras que chegam ao ouvido do paciente. Em condições patológicas, observa-se nos enfermos catatônicos. O fenômeno tem muita semelhança com a perseveração do pensamento, observada nos epilépticos, desde que existe como elemento comum, nos dois casos, a repetição. Os enfermos repetem como um eco não só as palavras que lhes são dirigidas, como partes de uma frase que escutam ao acaso. Neste sentido é bem expressivo o exemplo citado por Freeman: ao justificar o atraso, dirigindo-se às pessoas que o esperavam, disse: ''As estradas estão perigosas depois da nevada de ontem'', um paciente repetiu como um eco a parte da frase: ''nevada de ontem''.

Não se pode fazer distinção alguma entre a ecolalia manifestada por um esquizofrênico crônico e um enfermo portador de um transtorno cerebral orgânico. O elemento comum entre ambos os pacientes é a notável alteração dos processos intelectuais e da intencionalidade.

Jargonofasia É uma alteração da linguagem que se manifesta associada a alguns casos de afasia. Consiste na produção contínua de palavras sem ordem lógica, tornando a linguagem completamente incoerente e incompreensível.

Esquizofasia Expressão criada por Kraepelin para designar uma profunda alteração da expressão verbal, observada em alguns esquizofrênicos paranóides, em resultado da qual a linguagem se torna confusa e incoerente, sem que existam alterações graves do pensamento. Em sua forma bem acentuada, a linguagem se apresenta como uma ''salada de palavras'', em que o enfermo emprega neologismos e palavras conhecidas com sentido desfigurado, tornando o seu discurso inteiramente incompreensível.

Neologismos Os neologismos esquizofrênicos são palavras criadas pelos doentes ou palavras já existentes empregadas com sentido desfigurado. É um sintoma comum na esquizofrenia paranóide.

Em um trabalho sobre esquizofasia, Eurico Sampaio teve oportunidade de registrar uma série de interessantes neologismos:''*Ressalta às primeiras perguntas a enorme quantidade de neologismos que cria ora sem nenhuma significação, ora por simples assonância verbal. Não é solteiro nem casado, é* sindorá*; seu pai não está vivo é* simprizatos *e sua mãe chama-se* Maria do Silenciale. *Sabe* escrever, *tendo aprendido no* cangaiero *do Albuquerque; tem 955* siliniades *de idade, tendo sido trabalhador de roça em Santa Rita de Cássia, em Minas Gerais. A casa em que se encontra no momento é a* craionalia, *sendo antigamente Palácio do Rei; veio para aqui porque 'lá em cima' estava chovendo muito e ele foi obrigado a tomar um carro todo fechado e vir até aqui a fim de* enrequerer *o nosso coração. Entre nós se acha bem, está no meio dos* encompostales, *entre os doentes do hospital tem vários amigos, os* paldieus, *com quem vive bem, e daqui preferirá sair se for para um lugar onde puder entrar e sair. À noite, no entanto, não passa muito bem, pois se acha* tabulado *com uma* mansidão no coração.''

Estereotipia verbal Consiste na repetição automática de uma palavra, sílaba ou som, que se intercala entre as frases, sem nenhuma finalidade.

A estereotipia verbal tem estas características: *fixidez, duração, identidade, inutilidade e inadequação* às circunstâncias. Segundo Dromard, em muitos casos, trata-se de palavras ou frases que em época anterior à enfermidade tinham significação precisa e que, posteriormente, tornaram-se automáticas e perderam o seu conteúdo ''ideo-afetivo''. Em alguns casos, porém, trata-se de palavras ou frases simbólicas que foram condensadas e cuja significação escapa à compreensão do examinador. Em casos de esquizofrenia, o autismo, com a sua significação de perda do contato vital com a realidade, serve para explicar certos tipos de estereotipias da linguagem oral e escrita: os enfermos repetem sem cessar as palavras ou frases, em tom de voz monótono, em voz sussurrada ou aos gritos. Pode faltar por completo a conotação afetiva da palavra ou da frase, porém se a mesma existe manifesta-se de

maneira muito superficial ou não mantém relação com o conteúdo. Um dos pacientes de Bleuler repetia: "O senhor rouba os direitos do Salvador"; outro dizia de modo repetitivo: "Muito obrigado, doutor".

Kraepelin cita alguns exemplos de estereotipias verbais, que revelavam combinações absurdas de palavras: "A cruz cruzada na casa circunflexa". Outro doente repetia: "Vinte e um, senhor Müller, vinte e dois, senhor Müller, vinte e três, senhor Müller" e, assim, sucessivamente. Outro falava de maneira incessante: "Eu penso, eu quero, eu penso, eu quero."

As estereotipias verbais são comuns nos esquizofrênicos e deficientes mentais. Entretanto, certas estereotipias encontram a sua explicação em lesões cerebrais circunscritas, como na demência pré-senil de Pick, nas lesões subcorticais da encefalite epidêmica, no parkinsonismo, enfermidades nas quais se verificam estereotipias verbais de origem orgânica.

Alterações da linguagem escrita

A linguagem escrita, como uma das formas de expressão do pensamento, apresenta, nos doentes mentais, alterações significativas. Nos escritos dos enfermos é possível encontrar quase todas as alterações estudadas na linguagem oral. Nos esquizofrênicos paranóides, por exemplo, podem-se observar alterações características da linguagem escrita, tais como: modificações das letras, modificações da maneira de escrever e alterações da sintaxe. Os doentes costumam escrever com letras mais grossas certas palavras que se acham em relação com suas idéias delirantes. As modificações da sintaxe são idênticas às da linguagem oral.

As alterações da linguagem oral e escrita, na esquizofrenia, resultam das perturbações do pensamento próprias da enfermidade.

Observam-se ainda, em certos doentes mentais, alterações da escrita devidas a tremores, como ocorre nas perturbações cerebrais focais e na demência senil. Nos estados de excitação psicomotora, a escrita revela também o estado de exaltação psíquica: os caracteres gráficos são geralmente grandes, desiguais entre si, com desenhos e expressões simbólicas intercalados entre os mesmos, com tendência a dirigir os caracteres gráficos para cima. Nos estados de depressão, os caracteres se dirigem para baixo.

Alterações dos movimentos de expressão

Aqui se incluem as alterações da *mímica*, isto é, os movimentos expressivos da face, que servem para manifestar estados afetivos, e a gesticulação, os movimentos e atitudes do tronco, da cabeça e dos membros.

Séglas divide as perturbações da mímica, levando em consideração a energia, a duração e a intensidade dos movimentos expressivos, em: 1º) hipermimia; 2º) hipomimia; 3º) amimia; 4º) paramimia.

Na *hipermimia*, observam-se aumento da energia, rapidez e duração dos movimentos mímicos, e também uma certa facilidade na produção dos movimentos expressivos. Vai sempre acompanhada de gesticulação abundante. Observa-se nos estados de excitação maníaca, na embriaguez leve e em

todos os estados em que se verifique elevação do estado de ânimo. Na mania, diz Kraepelin, observa-se mutação rápida das expressões mímicas. Além disso, há vivacidade do olhar, repuxamento das comissuras labiais para fora e para cima, e ruga nos cantos dos olhos.

Na *hipomimia*, verificam-se debilidade dos movimentos expressivos e lentidão na mutação das expressões mímicas. Acompanha-se de gesticulação diminuída. É encontrada nos estados depressivos, nos estados confusionais, na obnubilação da consciência, nas demências avançadas, nos estados de estupor, no parkinsonismo e na esquizofrenia. Na melancolia, diz Kraepelin, verificam-se abaixamento das comissuras labiais, olhar baixo, os eixos dos olhos paralelos, ruga na fronte formando o denominado ômega da melanclia.

Na *amimia*, observa-se a resolução completa dos traços fisionômicos com ausência de expressão emocional. É observada nos estados de estupor, na amência, nos estados demenciais profundos. Alguns doentes catatônicos apresentam imobilidade de máscara da face. Outros conservam a testa voltada para cima, o olhar fixo ou as pálpebras fortemente cerradas, projetando os lábios franzidos, sintoma denominado por Kahlbaum espasmo bucal, e por outros autores focinho espasmódico.

A *paramimia* consiste numa perversão da mímica, que pode resultar de perturbação mental, como na deficiência mental de grau moderado, ou ser devida a uma causa neurológica: nas paralisias, contraturas e espasmos de músculos da face (Séglas). Outros autores dão à paramimia uma significação diferente. Rogues de Fursac, por exemplo, acha que a paramimia é sinônimo de mímica paradoxal, sendo esta o resultado da falta de harmonia entre a mímica e as palavras e os atos. Bleuler diz que na paramimia há uma falta de adequação entre as exteriorizações afetivas e os sentimentos. Nos hebefrênicos, observa-se algumas vezes a discordância entre o estado emocional e a mímica. Ziehen descreveu sob a denominação de "paramimia hebefrênica" a "disparidade entre as perturbações intelectuais e as reações mímicas", considerando essa dissociação como um dos principais caracteres impressos pela puberdade em todas as afecções que se iniciam nessa época da vida.

Bibliografia

ADRIAN, E. D. – *La base de la sensación*. Madrid, Espasa-Calpe, 1947.

AZEVEDO, F. P. – "Paranóia de ciúmes na gênese de tentativa de uxoricídio, seguida de suicídio frusto." *Arquivo do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, 13-14:* 107-112, 1944, Rio.

BASH, K. W. – *Psicopatología General*. Madrid, Morata, 1985.

BIKOV, C. – *L'écorce cérebrale et les organes internes*. Moscou, Édition en Langues Etrangères, 1956.

BINSWANGER, O. – *Psichiatria*. Tradução italiana, s/data.

BINSWANGER, L. – *Artículos y conferencias escogidas*. Madrid, Gredos, 1973.

BLEULER, E. – *Afectividad, Sugestibilidad, Paranoia*. Madrid, Gredos, 1973.

BLEULER, E. – *Tratado de Psiquiatría*. Madrid, Espasa-Calpe, 1971.

BLEULER, E. – *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1960.

BLONDEL, Ch. – *La conscience morbide*. Paris, F. Alcan Edit., 1928.

BUMKE, O. – *Nuevo Tratado de Enfermedades Mentales*. Barcelona, F. Seix Editor, 1946.

BURTON, W. e col. — *Anatomia do Pensamento*. Porto, Livraria Civilização Editora, 1970.

CÂMARA, A. – "Lesões corporais produzidas por esquizofrênico paranóide." *Arquivo do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, 8*: 42-46, 1938, Rio.

CAMPOS, M. – "Delírio de Invenção." *Arquivo do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, 13-14*(1-2), 1942-1943, Rio.

CASTILLA DEL PINO, C. – *Un estudio sobre la depresión*. Barcelona, Ediciones Península, 1972.

CHUC, Wassily — *Da diagnose clínica da Dementia Praecox*. Tese de Concurso de Livre-Docente da Cadeira de Clínica Psiquiátrica da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, Rio. 1964.

DEJERINE, J. – *Semiologie des Affections du Système Nerveux*. Paris, Masson, 1926.

DELAY, J. e PICHOT, P. – *Manual de Psicología*. Barcelona, Toray-Masson, 1966.

DELGADO, H. – *Curso de Psiquiatría*. Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1969.

DELGADO, H. e IBÉRICO, M. – *Psicología*. Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1966.

DEWEY, John — *Como Pensamos*. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1953.

DIMITRI, V. – *Afasias. Estudio anatomo-clínico*. Buenos Aires, El Ateneo, 1933.

ELLIS, H – "Mescal, a new artificial paradise." *Annual Report of the Smithsonian Institution*, 537-548, 1898.

EY, H. e CLAUDE – "Hallucinose et Hallucinations." *L'Encéphale*, 1932.

EY, H. – "La notion de *reation* en psychopathologie." *Confrontations Psychiatriques, 12*: 43-68, 1974, Paris.

EY, H. – *Traité de hallucinations*. Paris, Masson, 1973.
EY, H. – *Etudes Psychiatriques*. Paris, Desclée de Brouwer, 1954, v. III.
EY, H. – *La conscience*. Paris, P.U.F., 1963.
ELLENBERGER, H. – *El descubrimiento del inconsciente*. Madrid, Gredos, 1976.
FERNÁNDEZ, F. A. – *Fundamentos de la Psiquiatría Actual*. Madrid, Paz Montalvo, 1976.
FOLLIN, SVEN E COL. – *El aporte de Pavlov al Desarrollo de la Medicina*. Buenos Aires, Editorial Psique, 1957.
FREUD, S. – *Obras Psicológicas Completas. Edição Standart*. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1977.
FURSAC, J. R. – *Manuel de Psychiatrie*, 6ª ed. Paris, Libraire Félix Alcan, 1923.
FURSAC, J. R. – *Les Ecrits et les Dessins dans les Maladies Nerveuses et Mentales*. Paris, Masson, 1905.
GASTAUT, H. – "Les épilepsies." In: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Système Nerveux I*, Fas. 17.008.
GOÁS, M. C. – *Temas Psiquiátricos*. Madrid, Paz Montalvo, 1966, t. II.
GOFFMAN, E. – *Internados*. Buenos Aires, Amorrortu, 1972.
GOLDSTEIN, K. – *Transtorno del Lenguaje*. Barcelona, Editorial Científico Médica, 1950.
GRÜHLE, H. W. – *Verstehende Psychologie*. Sttutgart, Thieme, 1956.
GUILIAROVSKI, V. A. – *Psiquiatria*. Editorial Estatal de Literatura Médica, 1954 (em russo).
HAYMANN, H. – *Diagnóstico Diferencial en Psiquiatría*. Barcelona, Editorial Labor, 1933.
HÉCAN, H. e ANGELERGUES R. – *Pathologie du Language*. Paris, Larousse, 1965.
HILGARD, F. R. – *Introducción a la psicología*. Madrid, Morata, 1970.
HOCHE, A. – "Processi Schiofrenici." In: BINSWANGER, O. *Psichiatri*. Tradução italiana, s/ data.
HÖFFDING – *Esquisse d'une Psychologie fondée sur l'expérience*. Paris, Félix Alcan, 1900.
HUXLEY, Aldous – *As portas da percepção*. São Paulo, Civilização Brasileira, 1957.
IVANOV-SMOLENSKI, A. G. – *Esbozos sobre la patofisiología de la actividad nerviosa superior*, Buenos Aires, Editorial Universitaria, 1955.
JASPERS, K. – *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1979.
JASPERS, K. – *Escritos Psicopatológicos*. Madrid, Gredos, 1977.
JUNG, C. G. – *Psicologia do Inconsciente e o Eu e o Insconciente*. Obras Completas, v. VII. Petrópolis, Vozes, 1978.
KAMMERER, Th – "Anxiété. Angoisse. Aphasie." In: *Manuel Alphabetique de Psychiatrie*. Paris, P.U.F., 1965.
KHASKASHIK, F. – *La cognoscibilidad del mundo*. Montevidéu, Ediciones Pueblos Unidos, 1947.
KRAEPELIN, E. – *Trattato di Psichiatria*. Milão, Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, 1907.
KOLLE, K. – *Psiquiatría*. Madrid, Editorial Alhambra, 1964.
LANGE, J. – *Psiquiatría*. Barcelona, Editorial Miguel Servet, 1942.
LANTERI-LAURA, G. – *La Psychiatrie Phenoménologique*. Paris, P. U. F., 1963.
LEGRAND DU SAULLE – *Étude médico-légale sur les épileptiques*. Paris, Delahaya, 1877.
LEROY, E. B. – "Le syndrome des hallucinations liliputiennes." *L'Encéphale*, nov. 1921, Paris.
LERSCH, P. – *La estructura de la personalidad*. Barcelona, Editorial Scientia, 1966.
LHERMITTE, J. e AJURIAGUERRA – *Psychopathologie de la Vision*. Paris, Masson, 1942.
LHERMITTE, F. – *Les perturbations somatognosiques en pathologie nerveuse*. Paris, Masson, 1960.
LÓPEZ IBOR, J. J. – *Lecciones de Psicología Médica*. Madrid, Paz Montalvo, 1964.
MAGALHÃES VILHENA, V. – *Pequeno Manual de Filosofia*. Lisboa, Livraria Sá da Costa Editora, 1974.

MARCO MERENCIANO, F. – "Despersonalización." *Medicina Clínica, 6* (6), 1946.
MARIE, Pierre – *La Pratique Neurologique*, Paris, Masson, 1911.
MEYNERT, T. – *Lezione Cliniche di Psichiatria*. Milão, Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, s/ data.
MICHAUX, L. – *As fobias*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1972.
MINKOWSKI, E. – *Traité de psychopathologie*. Paris, Presses Universitaires de France, 1966.
MIRA Y LÓPEZ, E. – *Psiquiatría*. Buenos Aires, Librería El Ateneo Editorial, 1952. t.I.
MOGLI, G. – *Manuale di Psichiatria*. Roma, Ditta Luigi Pozzi Editore, 1946.
MÜLLER, J. – *Los fenómenos fantásticos de la visión*. Madrid, Espasa-Calpe, 1946.
NÁGERA, A. V. – *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Salvat Editores, 1954.
NOYES Y KOLB – *Psiquiatría Clínica Moderna*. México, La Prensa Médica Mexicana, 1971.
O'BRIEN, Barbara – *A vida íntima de uma esquizofrênica*. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1972.
OPPENHEIM, H. – *Tratado de las Enfermedades Nerviosas*. Barcelona, F. Seix, Editor, s/ data.
PAVLOV, I. P. – *Los reflejos condicionados aplicados a la psicopatología y psiquiatría*, Buenos Aires, Ediciones Norduz, 1954.
PENFIELD, W. e JASPERS, H. – *Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain*. Boston, Little Brown, 1954.
PIRES, NELSON – *Psicoses de Reação*. Tese apresentada para concorrer à cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, Salvador, 1947.
PERELLÓ, J. e col. – *Transtornos del habla*. Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1970.
PITRES, N. e RÉGIS, E. – *Las obsesiones y los impulsos*. Madrid, Daniel Jorro Edit., 1910.
PORTELA NUNES, E. – "Esquizofrênico paranóide comete agressão em função de idéias delirantes." *Arquivo do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, 27, 28, 29 e 30:* 149-152, 1958-61, Rio.
PRADO JÚNIOR, CAIO – *Notas Introdutórias à Lógica Dialética*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1968.
ROELENS, R. – *Introduction à la Psichopathologie*. Paris, Larousse, 1969.
RUBISTEIN, S. L. e col. – *Psicología*. México, Editorial Grijalbo, 1960.
SCHNEIDER, Kurt – *Conferencias psiquiátricas para médicos*. Madrid, Editorial Pace, 1944.
SCHNEIDER, Kurt – *Sobre el delirio*. "Symposium sobre esquizofrenia", Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1957.
SCHNEIDER, Kurt – *Psychopathologie Clinique*. Louvain, 1973.
SCHULTE, W. e TÖLLE, R. – *Manual de Psiquiatria*. São Paulo, E.P.U./Springer, 1981.
SOMMER, R. – *Espaço Pessoal*. São Paulo, E. P. U., 1973.
SPEARMAN, C. – *Creative Mind*. Nova Iorque, Appleton-Century-Crofts, 1931.
STERN, W. – *Psicologia Geral*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1971.
STÖRRING, G. E. – *Psiquiatría general*. In: REICHARDT, M. *Psiquiatria*, Madrid, Gredos, 1955.
STRAUSS, S. – *Psicología Fenomenológica*. Buenos Aires, Paidos, 1971.
SWANSON, D. E COL. – *El Mundo Paranoide*. Barcelona, Editorial Labor, 1974.
WALLON, H. – "Les étapes de la personalité chez l'enfant." *Enfance, 1-2:* 73-78, 1963, Paris.
WEAKLAND, J. H. – "La hipótesis del *doble-vínculo* en esquizofrenia y la interacción tripartida." In: D. JACKSON, *Etiología de la Esquizofrenia*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1974.

WEITBRECHT, H. J. – *Manual de Psiquiatría*. Madrid, Editorial Gredos, 1969.
WILLIAM JAMES – *Précis de Psychologie*. Paris, Marcel Rivière Éditeur, 1929.
WYRSCH, J. – "Esquizofrenia." In: REICHARDT, M. *Psiquiatría*. Madrid, Gredos, 1955.
ZUTT, J. – *Psiquiatría Antropológica*. Madrid, Gredos, 1974.

Índice onomástico

Adrian – 5, 8
Alajouanine – 264
Alliez – 56
Austregésilo – 263
Baelz – 226

Baillarger – 41, 42, 58, 207
Ballet – 263
Baruk – 231
Bash – 15, 109, 194, 205, 206, 226, 233
Bay – 16
Beauduin – 47
Bergson – 39
Bikov – 6
Binder – 232
Binswanger – 1, 2
Blaser – 232
Bleuler – 43, 48, 76, 79, 80, 81, 88, 119, 122, 123, 124, 125, 126, 137, 142, 143, 144, 150, 151, 152, 169, 170, 174, 177, 207, 219, 223, 224, 225, 228, 229, 230, 233, 244, 272
Blondel – 2
Boismont – 45
Bonhoeffer – 67, 224
Brentano – 74
Breuer – 197
Broca – 267
Bruns – 231
Buchez – 30
Büel – 178
Bumke – 14, 18, 43, 66, 67, 68, 82, 84, 88, 117, 118, 130, 132, 134, 145, 148, 152, 153, 214, 224, 228, 238, 240, 241, 244
Burton – 75
Buytendijk – 26

Câmara – 105
Campos – 109
Castell – 183
Castilla – 95
Chavigny – 172
Christoss – 184
Chuc – 111
Claude – 43, 59
Clérambault – 51
Conrad – 15, 21, 99, 112, 124, 201
Couloujou – 47

Déjerine – 267
Delay – 16, 20, 154, 219
Delgado – 21, 39,40, 42, 85, 89, 118, 135, 138, 139, 215, 223, 227, 234, 241, 254
Deny – 243
Deron – 158
Deshaies – 2
Devaux – 231
Dewey – 115
Dimitri – 263, 266, 268, 269
Dromard – 271
Dumas – 28, 32, 34, 35
Dupré – 231

Ehrenfels – 10, 166
Ellis – 69, 70
English – 260
Esquirol – 41
Ey – 59, 99, 207, 208, 255

Falret – 100, 229
Féré – 47, 55
Fernández – 42, 43
Ferraz – 157
Ferreira – 149

Folin – 260
Forel – 124
Fovile – 100
Freud – 38, 100, 197, 198, 200, 207
Fursac – 163, 169, 273
Fürstner – 204

Gabel – 130
Galton – 29
García Márquez – 37, 129
Gastaut – 62
Gebsattel – 2
Goás – 42, 52, 58, 89, 90, 94, 137
Goethe – 47
Goffman – 183
Goldstein – 15, 20, 126, 128, 130
Gowers – 231
Grühle – 90, 91, 93, 112
Grünthal – 68
Guiliarovski – 63, 142, 196, 235
Guiraud – 48, 207

Hadlich – 83, 84
Head – 264
Hecaen – 47
Herbart – 161
Heuyer – 212
Hoche – 191
Höffding – 8, 9, 33
Huber – 98
Hugelin – 194
Husserl – 40, 96
Huxley – 22

Ibérico – 18, 165
Ivanov-Smolensky – 62

Jaensch — 35
James — 75, 259
Janet — 144, 147, 188, 197, 214
Jaspers — 1, 2, 3, 26, 89, 90, 91, 92, 95, 96, 98, 111, 113, 114, 117, 118, 119, 133, 143, 144, 181, 183, 184, 225, 232, 245
Jastrowitz — 231
Jung — 81, 127, 162, 197, 199, 200, 250

Kahlbaum — 243, 273
Kammerer — 233, 264
Kandinski — 59, 61, 63
Khaskashik — 12
Kierkegaard — 232
Klaesi — 244
Kleist — 229
Koempfen — 149
Kolle — 68
Korsakov — 143, 144, 145, 151, 152, 153, 191, 216
Kraepelin — 43, 88, 142, 186, 192, 244, 245, 271, 272
Kronfeld — 1, 120, 245
Kühn — 82
Kunz — 95

Lahr — 221
Lange — 41, 79, 84, 101, 131, 204
Laplanche — 129
Laroche — 212
Lasègue — 100
Lashley — 249
Lavastine — 263
Laycock — 149
Legrande du Saulle — 228
Leibniz — 161
Lelord — 212
Leonhard — 135, 203
Leroy — 45, 46
Lersch — 9, 10, 26, 73, 74, 148, 185, 220
Lévy-Bruhl — 127
Lewin — 183
Lhermitte — 45, 47, 214, 217
Lippmann — 64, 134
Lissauer — 134
López Ibor — 94, 159, 232
Lotzé — 26

Machover — 36
Magnan — 100
Marie — 263, 264
Matos — 229
Mayer-Gross — 68, 207
Maynert — 204
Melo — 51, 76
Meyer — 231
Michaux — 234, 235
Minkovski — 2
Mira y López — 41, 62, 143
Mitchell — 69
Moreau — 207
Morel — 51, 100
Morselli — 188
Morsier — 179
Müller — 7, 60

Nágera — 53, 76, 156, 226, 230
Nayrac — 71
Noyes — 64, 147

O'Brién — 44, 65
Oesterreich — 213
Olerón — 30, 141
Oppenheim — 246

Pavlov — 9, 13, 41, 62, 142, 200, 235, 260
Peillaube — 29, 30, 31, 32, 33
Penfield — 61
Perelló — 262
Pick — 133, 152, 267
Piéron — 161, 164, 165, 195, 196, 221
Pires — 104
Pitres — 153, 257
Poeldinger — 232
Pontalis — 197
Popov — 62, 63, 64
Porot — 269
Pradines — 161, 163, 164, 199
Prado Júnior — 25, 77, 78

Radestock — 80
Ramond — 203
Rey — 39
Ribot — 76, 147, 161, 165, 170, 221
Rohrschach — 138
Roy — 243
Rubinstein — 6, 7, 27
Russel — 75

Salzman — 36
Sampaio — 271
Sanctis — 171, 207
Sartre — 39, 40
Savy — 56
Scheid — 20, 201
Scheler — 220, 221
Schmëig — 36
Schneider, C. — 80, 119, 120, 121
Schneider, K. — 1, 13, 54, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 112, 113, 119, 220, 224, 230
Schüle — 228
Séglas — 213, 273
Serieux e Capgras — 99, 100
Sharpe — 38
Spaier — 34
Spearman — 74
Stauder — 138
Stekel — 246
Stengel — 134
Stern — 7, 8, 11, 73, 165, 166, 167, 169, 171
Sternin — 87
Störring — 12, 36, 64, 114, 219, 220, 221
Stransky — 120
Stumpf — 220
Sutter — 48, 199

Tamburini — 61
Thewlis — 136
Titeca — 19
Tours — 207

Vella — 55
Vernet — 28
Vilhena — 115

Wassiy — 111
Weakland — 168
Weitbrecht — 94, 96, 97
Wernicke — 59, 130, 141, 185, 212, 266
Westphal — 132
Wiech — 201
Winslow — 143
Wundt — 161
Wyrsch — 52, 81

Ziehen — 45, 273
Zucker — 93

Índice analítico

Aberrações perceptivas 12, 17, 22
abulia 241
afasia 263
— de Broca 267
— causas da 269
— global 268
— motora 264
— sensorial 266
afetividade 219
agnosia 15
— auditiva 16
— óptica 16
— primária ou perceptiva 16
— semântica 16
— tátil 16
— visual 15, 20
alterações
— cerebrais 114
— da afetividade 219
— da atenção 161
— da atividade voluntária 239
— da consciência 193
— da linguagem 259
— da memória 141
— da orientação 181
— da percepção 5
— das representações 25
— das tendências vitais 249
— do raciocínio 115
— dos conceitos 71
— dos juízos 87
alucinação 41
— autoscópica 47
— mnêmica da memória 151
alucinações 41
— auditivas 49
— cenestésicas 57
— cinestésicas 57
— classificação das 44
— de contato 54
— diagnóstico das 64
— extracampinas 47
— fisiopatologia das 61
— gustativas 56
— liliputianas 45
— mnêmicas 151
— neuro-vestibulares 57
— olfativas e gustativas 56
— psíquicas 58
— táteis e de contato 54
— visuais 44, 64, 68
alucinose 59
— alcoólica 68
— peduncular 59
ambivalência afetiva 233
amência 204
amimia 273
amnesia 143
— anterógrada 145
— lacunar 149
amnésia psicogênica 147
— retrógada 143, 147
— sistematizada 145
— total 148
— transitória 149
analgesia 14
anestesia 14, 18
— histérica 18
— superficial 14
angústia 232
— moral 233
— real 233
— vital 232
anorexia 251
— psíquica 251
apatia 223
apercepção 161
aprosexia 172
atividade voluntária 239
— alterações da 238
atenção 161
— e afetividade 165

— campo da 167
— cisão da 168
— espontânea 169
— intelectual 164
— motora 164
— patologia da 170
— sensorial 164
atividade
— criadora 35
— imaginativa 36
— voluntária 239
ato
— fenomenológico 1, 2
— intencional 119
— de objetivação 119
atos
— automáticos 245
— impulsivos 245
autoscopia 47
— onírica 47

Bradilalia 270
bulimia 252

Capacidade
— de evocação 141
— de fixação 141
cognições delirantes 93
coma 200
cenestesia 247
compulsão a pensar 123
conceito 71
— definição do 71
— formação do 72
— lógico 71
— psicológico 72
conceitos 75
— alteração dos 71, 79
— condensação dos 79
desintegração dos 79
imagem e 72
— justaposição de 79
concretismo 126, 128
concreto 126
confusão mental 204
consciência 193
— alteração da 200
— campo da 194
— definição 193
— do eu 195
— lucidez da 196
— objetiva 195
— obnubilação da 200
— subjetiva 195
convicção de inexistência pessoal 215
criptomnesia 152

Debilidade volitiva 241
deficiência mental 84, 175, 178
deliberação 237
delírio 88
— ambicioso 108
— de ciúme 105
— definições 88
— de envenenamento 100
— e deliróide 90
— erótico 111
— de grandeza 108
— de influência 104
— de invenção 109
— modalidades de 100
— oniróide 203
— de perseguição 93, 100
— de possessão corporal 214
— de possessão demoníaca 213
— primário 114
— de reforma 110
— de relação 102
— tema do 99
— teoria etiopatogênica do 111
delirium de abstinência alcoólica 191
delirantes
— percepções 92, 98
— representações 92
— cognições 92
depressão 18, 158, 222
desdobramento da personalidade 188
deslocamento 38
desorientação apática 186
— amnéstica 186
— amencial 187
— delirante 187
despersonalização 188
disartria 261
disfemias 269
disfonias 269
dislalias 262
distância individual 182
distração 170
distraibilidade 170
drogas alucinógenas 69
duplo vínculo 168

Eco
— da leitura 51
— do pensamento 51
ecolalia 270
ecmnesia 153
embriaguez mescalínica 17
emoção 221
epilepsia 66, 138, 156, 176, 192, 216
espaço 181
— pessoal 182
esquizofasia 271

esquizofrenia 65, 82, 137, 174, 177, 192, 216, 240, 271
estado de excitação 232
— maníaca 19
estados crepusculares 205
— demenciais 84
estados segundos 214
estereotipias 244
— de atitude 245
— de movimentos 245
— verbais 271
estímulo 5, 7
euforia simples 221
exibicionismo 255
estupor 241
— catatônico 242
— histérico 242
— melancólico 242
exaltação patológica 221
excitação 5, 238
— maníaca 19
execução 237
êxtase 210
extrajeção condicionada 35

Fase
— de aquisição 141
— de reativação 141
— de retenção 141
fenomenologia 3
fenômeno do já visto 157
fetichismo 254
fobias 234
forma 10
frigidez 253
fuga de idéias 118
fundo 11
furor 228

Gnosiologia 71

Hiperendofasia 31
hiperestesia 13
hiperminia 272
hipermnesia 142
hipertimia 221
hiperprosexia 171
hipoestesia 13
hipoprosexia 171
hipomnesia 143
hipomimia 273
hipotimia 222
histeria 18, 19
humor 219
— delirante 98

Ideação 76
— perturbações da 116
idéias delirantes 111
— primárias 111
— deliróides 111
— prevalentes 130
idiolalia 263
ilusão 17
ilusões mnêmicas 150
imagem 28
— consecutiva 36
— fantástica 37
onírica 37
— visual 28
— visual intuitiva 35
imagens 25
— auditivas 29
— cenestésicas 34
— cinestésicas 33
— consecutivas 36
— eidéticas 35
— gustativas 32
— olfativas 32
— oníricas 37
— táteis 31
— visuais 28
imaginação 38
— criadora 39
— visual 28
incoerência 135
inconsciente 196
incontinência emocional 230
indiferença afetiva 223
instabilidade afetiva 229
instituições totalitárias 183
intencionalidade 193
intenção significativa 260
invariante 10
irritabilidade patológica 228

Jargonofasia 271
juízo 87
— falso 88
— de realidade 89
juízos 87 e seg.

Licantropia 214
linguagem 259
— interior 31
— alterações da linguagem escrita 272
— alterações da linguagem oral 261, 269
logorréia 269

Maneirismos 245
malácia 252
masoquismo 257
melancólicos 136

memória 141 e seg.
— alterações da 142
— alucinação da 151
— auditiva 29
— patologia da 142
— visual 28
mericismo 253
metamorfosia 22
mória 231
mussitação 270
mutismo 270

Negativismo 243
neologismo 271
neuróticos 18, 247
quadros neuróticos 179, 216
— climatéricos 18

Obnubilação 200
ocorrência delirante 96
onirismo 207
orientação 181
— alterações da 181
— à própria pessoa 185
— ao ambiente 185
— no espaço 185
— no tempo 185

Palavra interior 30
paixão 220
pânico 226
paramimia 273
paramnesias 150
"participation mystique" 127
penetração empática 3
pensamento 115
— alterações do 115
— anfibológico 119
— demencial 135
— derreísta 125
— inibição do 117
interceptação do 122
— obsessivo 132
— reflexivo 115
— sonorização do 51
— vago 119
pensamentos
— feitos 124
— inspirados 124
— subtraídos 124
pensar
— compulsão a 123
percepção 9, 10, 11, 12, 14
— e representação 27
— alterações da 14
— delirante 93, 94, 98
— de movimentos 33
— transcendente 12
percepções 9 e seg.
— de contato 31
— táteis 31
— perda da identidade 182
— do espaço pessoal 182
perseveração 133
personalidades psicopáticas 114, 223, 228, 247
possessão 213
pré-consciente 198
processo 113
prolixidade 134
pseudo-alucinações 59
pseudopossessão 214
Psicose orgânica 174
puerilismo 231

Raciocínio 115
reação
— deliróide 97
— vivencial 112
— vivencial anormal 217
reificação 129
relações conceptuais 80
— perda das 80
relações sem motivo 91
representação 25
— e imagem 28
representações
— alterações das 25
— delirantes 92
— sensíveis 39
resolução 237

Sadismo 257
sensação 5 e seg.
sensações proprioceptivas 6
sentimentos 220
— espirituais 220
— de falta de sentimento 225
— inadequados 225
— de insuficiência 225
— de presença 227
— psíquicos 220
— qualidades novas dos 226
— sem objeto 225
— sensoriais 220
— vitais 220
simbolização 37
síntese perceptiva 16
— alterações da 16
síndrome
— de Korsakov 191
— maníaca 157
sintomas catatônicos 242
sonorização do pensamento 51
sugestibilidade 230
— patológica 230
— volitiva 243

Tempo 183
— saber sobre o 183
— tratar o 184
— vivência do 184
tenacidade afetiva 229
testes de analogia 81
tipo
— abstrato 29
— concreto 29
tipos
— auditivos 30
— visuais 29
tiques 246
transes histéricos 246
transitivismo 212
transtornos mentais
— alcoólicos 216
— afetivos 136, 172
— orgânicos 177
— sintomáticos 85, 139, 189, 215
traumatismos encefálicos 20

Verbigeração 270
videntes 36
visões fantásticas 60
vivências 3
— delirantes 91
— patológica primária 112
— de significação 91
— primárias 112
— de transformação do eu 211
vozes dialogadas 52
— imperativas 53

Isaías Paim

Tratado de Clínica Psiquiátrica

3ª edição revista e atualizada

384 p. formato 15,5 x 21,5 cm., ISBN 978-85-12-40670-1

Tratado de Clínica Psiquiátrica destina-se aos que se iniciam no estudo da Psiquiatria. Para cumprir este objetivo, foram afastadas, na medida do possível, as dificuldades inerentes à especialidade, principalmente no que se refere às hipóteses duvidosas, às concepções discutíveis e às teorias não comprovadas pela prática. O objetivo primordial do livro consiste em ser um compêndio de clínica médica aplicada aos problemas dos transtornos mentais. Neste sentido, o autor pretende deixar clara a sua posição ao considerar a Psiquiatria como um ramo das ciências médicas. Os conhecimentos aqui expostos estão, de modo geral, despersonalizados, porque, à medida que a ciência progride , as aquisições científicas válidas deixam de pertencer a esta ou àquela autoridade que as enunciou, para se tornarem patrimônio da humanidade. Tratado de Clínica Psiquiátrica é de importância fundamental como fonte de conhecimentos essenciais para a formação de especialistas na área de saúde mental, para a habilitação de generalistas e, sobretudo, para os estudantes de medicina, que não podem ignorar os fundamentos da psiquiatria clínica.

Sumário: Prefácio à 3ª. edição. Primórdios da psiquiatria no Brasil. Limites da psiquiatria. Etiologia dos transtornos mentais. Transtornos mentais de etiologia corporal demonstrável. Teoria das reações exógenas agudas. Transtornos mentais nas infecções. Transtornos mentais causados por intoxicações. Alcoolismo e transtornos mentais alcoólicos. Transtornos mentais causados por fármacos. Transtornos mentais por desvios funcionais do metabolismo e do endocrinismo. Demências pré-senil e senil. Transtornos mentais por múltiplos enfartos. Transtornos mentais secundários aos traumatismos crânio-encefálicos. Deficiência mental. Epilepsia. Esquizofrenia. Transtornos mentais afetivos. Transtornos neuróticos. Transtornos da personalidade. Capacidade civil e responsabilidade penal dos doentes mentais. Bibliografia. Índice remissivo. Índice onomástico.

Paim, Isaías

Esquizofrenia

144 p., formato 15,5 x 21,5 cm, ISBN 978-85-12-40680-0

Esquizofrenia é uma monografia que condensa, em forma didática, os problemas atuais, teóricos e práticos desse importante capítulo da psiquiatria. Por isso, um livro como este será de grande utilidade para estudantes de medicina, psiquiatras, clínicos gerais e até psicólogos, que necessitam de esclarecimento e orientação sobre o diagnóstico e o prognóstico da esquizofrenia.

Sumário: Prefácio à 4a. edição. Evolução do conceito de esquizofrenia. Ensaio de ordenação sintomatológica. Transtorno Fundamental. Sintomatologia. Sintomas de primeira ordem. Sonorização do pensamento. Audição de vozes sob a forma de diálogo. Audição de vozes que interferem na própria atividade. Vivências de influência corporal. Roubo do pensamento e outras influências no pensamento. Divulgação do pensamento. Percepção delirante. Percepção delirante e humor delirante. Vivências de influência na esfera dos sentimentos, das tendências e da vontade. Sintomas de segunda ordem. As restantes alucinações. Manifestações corporais na esquizofrenia. Tipos clínicos. Sintomatologia do período terminal. Diagnóstico Diferencial. Curso e prognóstico. Bibliografia.

Leonidas Hegenberg (Organizador)
Com colaboração de Mariluze F. A. e Silva
e vários outros autores

MÉTODOS

224 p., formato 16 x 23 cm., ISBN 978-85-12-79130-2

Genericamente falando, estudiosos costumavam admitir que qualquer investigação poderia ser conduzida mais ou menos inteligentemente e com esperança de êxito. Guiados por esses pressupostos, também admitiram que, existindo métodos para buscar verdades, um deles seria o "correto". Aos filósofos das ciências caberia, então, caracterizar o método correto, indicando onde procedimentos alternativos estariam equivocados.

Essas idéias, em voga até meados do século XX, não contam com aprovação generalizada nos dias de hoje. A rejeição se justifica lembrando que atribuem exagerada confiança na possibilidade de haver uma "primeira filosofia" a priori, além e acima dos procedimentos de cientistas, capaz de classificar esses procedimentos, indicando os "bons" e os "maus".

Atualmente, a metodologia ganhou atribuições mais modestas. Cabe-lhe examinar métodos de pesquisa efetivamente adotados, em diversas épocas, em diferentes áreas de estudo – não para criticá-los, mas para sistematizar pressupostos de um domínio particular, num dado momento.

Nestas páginas, um grupo de estudiosos discorre a respeito de métodos empregados em suas áreas de trabalho. Leônidas coloca as observações desses estudiosos em amplo contexto histórico-filosófico, de Sócrates até o século XXI, ressaltando o sempiterno debate entre dedução e indução – objeto de considerações ao longo de toda a obra.

Isaías Paim

História da psicopatologia

184 p. formato 14,8 x 21 cm., ISBN 978-85-12-40720-3

Na História da Psicopatologia (Prêmio Karl Jaspers), Isaías Paim considera necessário o retorno aos clássicos, àqueles que fundaram a especialidade em meados do século passado. Não se trata de uma narrativa histórica, mas da exposição dos conceitos básicos de acordo com a linguagem de seus próprios criadores. Por isso o autor manteve estrita fidelidade ao pensamento original, sem procurar interpretá-lo, ao contrário, expondo-o quase sempre com as suas próprias palavras.

Sumário: Prefácio. Alucinações e ilusões. Os delírios. Alterações formais do pensamento. Patologia da imaginação. Perturbações da memória. Indagações sobre a atenção. Problemas do tempo e do espaço. Patologia da consciência. Transtornos dos sentimentos. Alterações da vontade. Bibliografia. Índice onomástico.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Ética e saúde

Questões éticas, deontológicas e legais. Autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos.

120 p., formato 15,5 x 21,5 cm.,ISBN 978-85-12-48030-5

Este livro é dirigido a estudantes e profissionais de saúde que atuam em serviços públicos ou privados, ambulatoriais ou hospitalares. Questões éticas, deontológicas e legais presentes no cotidiano dos serviços de saúde são analisadas através de referencial teórico e da apresentação de casos. Os capítulos da obra tratam:

- da desumanização dos serviços de saúde,
- dos direitos e da autonomia do paciente e do consentimento esclarecido,
- do direito à informação, à privacidade e ao segredo profissional,
- da liberdade de locomoção,
- da prevenção da omissão de socorro e
- da ética nas pesquisas em seres humanos.

A evolução das ciências de saúde e as modificações do sistema de saúde têm resultado numa relação profissional de saúde—paciente cada vez mais distante, impessoal e despersonalizada. Para a reversão deste quadro torna-se necessário o conhecimento das normas de conduta ética e do corpo de leis que o regulamentam, condição necessária para que a cultura autoritária ainda prevalente em nosso meio de saúde possa ser mitigada. Tanto o estudante quanto o profissional de saúde encontrarão neste livro uma análise objetiva e clara do problema, facilitando-lhes um posicionamento consciente, pois além das falhas individuais, poderá vislumbrar o sistema que as produz e, eventualmente, contribuir para que não ocorram, pelo menos com tanta freqüência ou gravidade.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

Graeff, Frederico G.

Drogas psicotrópicas e seu modo de ação

160 p., formato 15,5 x 21,5 cm, ISBN 978-85-12-40320-5

O advento das drogas psicotrópicas desencadeou uma verdadeira avalancha de estudos experimentais, visando a esclarecer como o cérebro atua para realizar suas funções de órgão regulador do comportamento e como estas funções são afetadas pelas drogas. Este livro introduz o leitor no terreno fascinante da Psicofarmacologia contemporânea.

A preocupação do autor ao escrever esta obra foi primariamente didática. Ele mostra, em largas pinceladas, como o conhecimento está sendo obtido: quais as perguntas formuladas, como se procura respondê-las e como se interpretam as respostas dadas pela natureza.

Sumário: Elementos de anatomia e fisiologia do cérebro. Neurotransmissão no sistema nervoso central. Antipsicóticos. Drogas usadas no tratamento das desordens afetivas. Ansiolíticos. Analgésicos opióides. Abuso e dependência de drogas.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

A presente obra contém o texto das aulas ministradas pelo autor no Curso de pós-graduação destinado ao aperfeiçoamento de médicos psiquiatras. Este Curso foi mantido, durante muitos anos, pela Escola Nacional de Saúde Pública, sob os auspícios do antigo Serviço Nacional de Doenças Mentais. No decorrer do Curso surgiu a necessidade de um manual que servisse como texto básico ao conhecimento dos problemas psicopatológicos. Manuais dessa natureza não existiam em nosso país e os livros traduzidos para o espanhol não proporcionavam uma ajuda efetiva aos alunos do Curso, que necessitavam dos conhecimentos teóricos indispensáveis ao exame psíquico dos enfermos mentais.

Curso de Psicopatologia surgiu, desse modo, como uma imposição de necessidades essencialmente práticas. As implicações teóricas que o norteiam levam à compreensão da Psicopatologia como uma ciência pura, que visa exclusivamente ao conhecimento dos fenômenos psíquicos patológicos, para oferecer à Psiquiatria as bases para a compreensão de sua origem, mecanismo íntimo e futuro desenvolvimento. Compete, assim, à Psicopatologia reunir os materiais para a elaboração da teoria do conhecimento dos fenômenos com os quais a Psiquiatria possa coordenar a sua ação curativa e preventiva.

Manual essencialmente didático, *Curso de Psicopatologia* foi adotado em vários Institutos de Psiquiatria e de Psicologia de Universidades brasileiras, servindo a matéria de que trata como introdução ao estudo dos problemas fundamentais da patologia mental.

Para esta 11ª. edição, o autor revisou e atualizou a terminologia.

Sumário: Prefácios. Prefácio à 11ª. edição. Introdução. Alterações da percepção. Alterações das representações. Alterações dos conceitos. Alterações dos juízos. Alterações do raciocínio. Alterações da memória. Alterações da atenção. Alterações da orientação. Alterações da consciência. Alterações da afetividade. Alterações da atividade voluntária. Alterações das tendências vitais. Alterações da linguagem. Bibliografia. Índice onomástico. Índice analítico.

E.P.U. EDITORA PEDAGÓGICA E UNIVERSITÁRIA LTDA.

ISBN 978-85-12-40710-4

ISBN 978-85-12-40710-4

9 788512 407104