

PSICOPATOLOGIA

FUNDAMENTOS E SEMIOLOGIA ESSENCIAL

MÁRCIO AMARAL

ÍNDICE

Introdução.....	Página 3
A Entrevista Psiquiátrica.....	Página 7
Apresentação de um paciente e as Atitudes Predominantes....	Página 23
Consciência, Atenção, Orientação e seus Transtornos.....	Página 25
A Consciência do Eu e seus Transtornos.....	Página 44
A Fala e seus Transtornos.....	Página 47
O Pensamento e seus Transtornos.....	Página 50
As Senso-Percepções, as Representações e seus Transtornos....	Página 75
A Memória e seus Transtornos.....	Página 89
A Inteligência e seus Transtornos.....	Página 101
Sentimentos, Humor, Afetos e seus Transtornos.....	Página 114
A Vontade e seus Transtornos	Página 130
A Psicomotricidade e os Movimentos Anormais.....	Página 157
Os Transtornos da Personalidade.....	Página 171
Bibliografia	Página 197

APRESENTAÇÃO

Este livro é resultado do meu retorno a ministrar um curso completo de PSICOPATOLOGIA para o curso de Psicologia da UFF em 2004, no muito aprazível Campus do Gragoatá. Isso me obrigou a fazer uma nova e sistemática revisão do tema, depois de mais de vinte anos. A rigor, nunca o abandonei, tendo mesmo publicado sobre ele uma série de artigos. Seu projeto inicial era bastante modesto: uma apostila para fornecer dados suplementares e de fácil acesso para os alunos. Durante a sua elaboração, entretanto, sofreu uma ampliação considerável. Afinal, o que mais fiz em 40 anos de carreira, foi examinar detidamente pacientes psiquiátricos; aplicar, dentro do possível, uma semiologia sistematizada à caracterização dos seus sinais e sintomas; discutir seus casos com alunos e me esforçar para conseguir bem delimitar termos e conceitos, a partir também do estudo da principal bibliografia existente para o tema.

Com muita frequência, os leitores observarão considerações críticas em relação a certas afirmações contidas na obra de autores que são habitualmente tratados como se fossem verdadeiros “monstros sagrados” da Psicopatologia. Ocorre, porém, que muitos dos conceitos por eles mesmos apresentados são absolutamente inconciliáveis entre si (além de, por vezes, contraditórios ou pouco claros). Assim, pareceu-me obrigatório o seu entrechoque e crítica. Se há, aliás, alguma unidade neste livro, ela se prende exatamente a essa crítica permanente e entrechoque de afirmações de vários autores, além de um esforço imenso de respeitar e até mesmo resgatar a etimologia dos termos e expressões utilizados; além da crítica ao mau uso de muitas expressões consagradas.

Um trabalho do gênero nunca é uma obra totalmente individual. É fruto, também, de inúmeras discussões travadas com as pessoas com quem se conviveu em um serviço qualquer. Citei diversas observações verbais de vários colegas e alunos cujo crédito é de difícil atribuição. A todos o meu agradecimento e reconhecimento.

INTRODUÇÃO

A **Psicopatologia** e a **Semiologia** psiquiátrica (e, muito provavelmente, também a psicológica) são herdeiras diretas da filosofia, especialmente da corrente que ficou conhecida por **Fenomenologia**. Por isso, qualquer manual voltado ao tema, por mais simples que pretenda ser, deverá, eventualmente, a ela se reportar. Caso contrário, além de se amesquinhar, incorrerá em erros crassos, conforme tentaremos demonstrar no curso desse trabalho.

No outro extremo, encontramos aqueles autores que se alongaram demais em considerações filosóficas, a ponto de perder o fulcro de seu trabalho. Algumas de suas obras continuam a exercer enorme influência, mas não são mais tão lidas como em outros tempos, tal a pressa e o exagero de objetividade que têm imperado tanto na Psiquiatria quanto na Psicologia. Nosso desafio continua a ser preparar as bases para bem identificar os principais sinais e sintomas das diversas síndromes psiquiátricas, estabelecendo sua correlação com a clínica, sempre a partir da evolução histórica dos conceitos essenciais. Tentando atender a essa necessidade, esta apostila terá como linha mestra o exame das diversas funções psíquicas e seus distúrbios. As referências à filosofia se restringirão àquelas situações nas quais o recurso a ela se mostrar imprescindível para o bom entendimento das manifestações e até para a formulação de propostas para a sua reclassificação ou red denominação. Um bom PRINCÍPIO a aplicar é: todas as crenças e afirmações para cuja caracterização não há uma SEMIOLOGIA específica devem ser tomadas com reservas. Especular é da índole da mente humana. Deixar-se levar pelas especulações

(deriva de espelhos: um diante de outro, até quase o infinito, como fazem muitos em nossa área) é sinal de falta de espírito científico.

É importante que nunca percamos de vista a dificuldade inevitável que representa diferenciar as **variações mais extremas do normal**, das **manifestações mais propriamente patológicas**. Qualquer pessoa sabe existir uma variação enorme na capacidade mnêmica, por exemplo, entre as pessoas em geral, sem que isso implique “anormalidades” necessariamente. O mesmo se pode dizer em relação a todas as outras funções psíquicas*.

Os estudiosos da área desenvolveram dois **critérios para avaliação da normalidade** que, se aplicados de forma complementar, poderão muito nos ajudar a não incorrer em erros grosseiros. O primeiro, e mais óbvio, é o critério **estatístico**. Assim, teoricamente, seria possível desenvolver um esforço de “quantificação” das várias funções psíquicas (não sem violentar algumas delas seriamente). O instrumento resultante, se aplicado a uma população escolhida ao acaso, tenderia a produzir curvas conhecidas como “do chapéu” ou “do sino”. Aqueles que ficassem nos seus extremos seriam considerados anormais. As limitações e utilidade desse tipo de critério são óbvias. Sua aplicação unilateral à inteligência, por exemplo, implicaria a classificação dos muito inteligentes também como **anormais**. Já sua aplicação em outros campos poderia levar à conclusão de que a cárie dentária, por exemplo, é “normal”, apenas porque a maior parte de uma população específica delas sofre.

O outro critério foi denominado **teleológico** e implica denominar **normal** apenas o que for mais adaptativo e interessante para um indivíduo e/ou para sua espécie. O “normal” seria intimamente ligado a um IDEAL. Segundo esse critério, a genialidade seria, então, a “maior normalidade” possível em relação à

* Os pesquisadores em **Eletroencefalografia Quantitativa** estão também preocupados com as variantes extremas do normal, esforçando-se para criar um “banco de dados normativo” a ser utilizado na comparação com traçados típicos encontrados em certas síndromes ou transtornos. É bom lembrar ainda que a quantificação e criação de instrumentos de medição mais precisos deram início à química e à física modernas durante o ILUMINISMO. Massa, peso, comprimento e outros, entretanto, podem sofrer medição direta. Já os instrumentos para mensuração de comportamentos e funções implicam sempre avaliação indireta.

inteligência. Esse critério, porém, não pode ser utilizado de forma rígida quando nos dirigimos às populações e procuramos gerar políticas de saúde pública. O melhor exemplo disso apareceu na nossa própria área de trabalho. A psicanálise das décadas de 1960 e 70 desenvolveu critérios tão pretensamente teleológicos, que sua aplicação levava à conclusão de que praticamente todas as pessoas eram “anormais”, precisando a ela se submeter. Por essas razões, o bom investigador deve trabalhar com os dois critérios e aplicá-los isoladamente, ou em conjunto, dependendo da situação. Não se deve esquecer, ainda, da consideração do **desenvolvimento**, na aplicação desses critérios de normalidade, especialmente nos dois extremos da vida. Comportamentos plenamente aceitáveis e até adaptativos em alguns períodos da vida, podem ser considerados muito “estranhos ou diferentes” em outros. É bom lembrar, também, que o desenvolvimento, especialmente no que se refere à mente humana, nunca é linear ou respeitam “manuais” rígidos, especialmente para aquisições de hábitos na infância. Há muitas marchas e contramarchas nesse processo de desenvolvimento e, com frequência, um “recuo” pode ser a preparação para um novo salto, da mesma maneira que, para saltar um rio, temos que recuar.

Os leitores repararão também que, com muita frequência, não tentaremos oferecer definições das funções psíquicas estudadas, simplesmente porque elas **não podem ser propriamente definidas**. Não há nisso demérito algum à Psicopatologia ou à Psicologia. A física não produziu, até hoje, – e certamente não produzirá nunca – uma definição para **energia** e, no entanto, todos com ela lidam, medem, produzem, dela vivem, etc. Isso significa apenas que ***os mais básicos fenômenos da natureza não são passíveis de redução às palavras.*** (GW Leibniz, “Novos Ensaios”). **DEFINIR** é etimologicamente ligado a dar um **fim, encerrar, controlar completamente algum problema anterior** e a Razão humana está longe de poder controlar os fenômenos mais fundamentais da natureza. Sempre que um autor tenta definir **afeto**, por exemplo, acaba

recorrendo a termos como **emoção, humor, sentimentos** e outros, os quais, por sua vez, também não são passíveis de definição. Em consequência, quando tenta definir emoção, recorre aos termos afeto, humor e outros igualmente impossíveis de definir. Isso é o que caracteriza uma **tautologia**. Muito melhor é, humildemente, dizer que algo que todos conhecemos e experimentamos pode, simplesmente, não ter definição. Já **CONCEITUAR** implica uma criação do pensamento humano: conceber, concepção. Assim, definimos aquilo que se nos apresenta (quando possível) e concebemos novos conceitos com os quais passamos a trabalhar.

É bom assinalar, que delimitar **funções psíquicas** é apenas uma forma de facilitar o estudo, pois, como está absolutamente comprovado, a mente humana funciona como um todo e aquelas funções se influenciam e interpenetram mutuamente. Talvez o melhor exemplo disso se possa encontrar na interdependência e mútua influência existente entre os **afetos**, a **atenção** e a **memória**: sobre aquilo que nos interessa (ou ameaça), dirigimos nossa atenção e, em consequência, registramos mais ou menos o experimentado.

Por fim, incluiremos uma discussão final acerca dos Transtornos da Personalidade, embora devam fazer parte de cursos e livros voltados para a clínica psiquiátrica. Verifiquei a importância da sua discussão ao final dos meus cursos de Psicopatologia, pois delimitam bem aquela distinção feita inicialmente (e durante todo o curso) entre as variações extremas do normal e os sinais e sintomas propriamente ditos e, em consequência, sua relação com as entidades nosológicas também propriamente ditas.

I- A ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

Para que uma entrevista psiquiátrica atinja seus objetivos, é imprescindível que o entrevistador bem aplique sua capacidade de **observar**, **investigar**, e, por fim, **descrever** o que foi observado e investigado. O olhar mais apurado e educado pode descobrir uma infinidade de dados em referências ou observações que não seriam valorizadas por um observador descuidado. A incapacidade de bem descrever aquilo que foi observado e colhido depois de uma investigação ativa, leva, inevitavelmente, à sua perda ou à diminuição do seu interesse. Além disso, as demais especialidades médicas dispõem de uma infinidade de recursos outros que podem suprir as deficiências de uma entrevista mal feita. O psiquiatra, e o psicólogo, ao contrário, dispõem quase que somente da sua boa capacidade de entrevistar*.

Não deixamos de dispor de alguns exames complementares, e mesmo do exame físico, por exemplo, que podem nos fornecer também alguns dados. Entretanto, segundo o desenvolvimento da nossa especialidade até hoje, a positividade encontrada em algum exame complementar, como eletroencefalografia (EEG), tomografia computadorizada (TC) ou tomografia por emissão de pósitrons (PET), costuma indicar que a condição examinada não é propriamente psiquiátrica e que as manifestações comportamentais observadas decorrem de um distúrbio orgânico identificável. Essa foi a principal razão para o desenvolvimento dos enormes esforços no sentido de produzir classificações

* É bem verdade, que a Neuropsicologia, os modernos exames que produzem imagens estruturais e do funcionamento do SNC e a Eletroencefalografia Quantitativa, têm feito avançar muito o estabelecimento de correlações mais específicas entre seus achados e os transtornos psiquiátricos mais propriamente ditos. Até o momento, porém, sua aplicação tem se restringido à pesquisa. Na nossa prática corrente, o diagnóstico psiquiátrico continua se baseando em sinais, sintomas, síndromes e, principalmente, na observação da evolução.

que são muito complexas; providas de diversos eixos diagnósticos; com critérios muito rígidos de inclusão e exclusão, e assim por diante.

Se a **entrevista** propriamente dita se inicia apenas quando nos identificamos e fazemos a identificação do paciente, a **observação** de um paciente, porém, pode se iniciar muito antes disso. Assim, quando vemos um paciente caminhando em nossa direção, ou quando ouvimos ruídos, gritos, etc. provenientes de alguma situação que envolva aquele que logo estaremos entrevistando, a observação já se terá iniciado e os dados relevantes dessa observação deverão constar do **Exame Psíquico** que deveremos escrever, durante ou ao final da entrevista. Evitando cair no lugar comum de dizer que o entrevistador deve ser acolhedor, atento, cuidadoso, etc., gostaríamos de assinalar que os pacientes psiquiátricos, mas também dos consultórios de psicologia, tendem a estar passando por uma situação de perda de confiança na humanidade e neles mesmos. Isso, por si só, deve ser motivo para que procuremos ser sinceros e francos, inclusive em relação às nossas próprias limitações.

O produto redigido a partir de uma entrevista denomina-se **anamnese**. A anamnese psiquiátrica tem muitas peculiaridades em relação à das demais especialidades. Os dados de **identificação** de um paciente funcionam como uma espécie de “moldura” em relação a tudo o que vai ser investigado e já nos fornecem diversos indícios em relação aos caminhos que a entrevista poderá seguir. Pensamos ser imprescindível que o entrevistador proceda a uma identificação formal da pessoa que está examinando, mas que não se esqueça de também se identificar. Frequentemente, o paciente não sabe como foi parar naquele lugar e nem o que pretendemos “*fazer com ele*”. Quando nos identificamos de maneira clara, eliminamos boa parte do mal estar que costuma acompanhar uma entrevista não solicitada. Existe ainda, uma série de

correlações que se costumam estabelecer entre os dados da identificação e um risco aumentado para certas condições psiquiátricas:

1- Idade - Há faixas etárias preferenciais para a ocorrência de certas condições. O início das esquizofrenias, por exemplo, tipicamente se dá entre adultos jovens, enquanto as demências nas idades avançadas.

2- Profissão – Cada vez menos freqüente tem sido a observação da ocorrência de transtornos psiquiátricos *especificamente* causados por uma certa atividade profissional, como, por exemplo, intoxicações por metais pesados em pintores (artistas ou de paredes), frentistas de postos de gasolina e outros. Por outro lado, cada vez mais se estudam efeitos sutis sobre a saúde mental, exercidos por determinadas situações no trabalho, como o recentemente descrito “*Burnout*”: estado de grande abatimento, desalento extremo e cinismo (tendência à indiferença em relação a tudo, especialmente o que mais apreciava), que costuma se desenvolver em pessoas que viveram em função do trabalho e sofreram grande decepção, por vezes **assédio moral** por patrões e colegas de trabalho. Ademais, a profissão costuma ser uma das marcas principais de uma individualidade. Como disse um filósofo, costumamos dizer que “fazemos” uma profissão, mas, em verdade, é ela que nos “faz”. Por isso, não aceitamos quando alguém escreve nesse item simplesmente: “Aposentado”. Esse é um termo genérico e tudo o que se deve buscar em uma identificação é a **individualização**.

3- Escolaridade – Do ponto de vista semiológico, costumamos utilizar o desempenho escolar de uma pessoa como fator importante na avaliação do seu desenvolvimento intelectual na infância e juventude. Esse dado é, com muita freqüência, fator de diferenciação entre uma oligofrenia leve e uma

esquizofrenia residual (ver adiante), uma vez que, os oligofrênicos tenderam a apresentar suas dificuldades desde a primeira infância*.

4- Estado civil – É em relação ao risco de suicídio, que esse dado tem mais importância. É fato comprovado a partir de diversas fontes, pelo menos entre os ocidentais, a elevação do seu risco para aqueles que vivem sozinhos: solteiros, divorciados e, especialmente, viúvos.

5- Naturalidade e Nacionalidade – As doenças mentais são das que melhor se distribuem do ponto de vista social, pois atingem todas as classes, raças, povos, indiscriminadamente. Uma coisa, porém, comprovadamente, aumenta o risco de uma pessoa desenvolver uma delas, **a ruptura de laços culturais e sociais**. Essa é a razão pela qual, os emigrantes (ou imigrantes, dependendo do referencial) em geral, apresentam um risco aumentado para adoecer, do ponto de vista psiquiátrico. Isso é melhor demonstrado entre os finlandeses que vivem na Suécia, os quais representam cerca de 8% da população e são “superrepresentados” em todos os levantamentos epidemiológicos para transtornos mentais. Durante muitos anos, falamos na *emigração* como fator essencial para explicar o fenômeno, até que nos lembramos daqueles povos que não reconhecem fronteiras nem associam sua identidade cultural a um pedaço de terra qualquer, como os ciganos e os judeus de outras épocas os quais, nem por isso, estão submetidos a um risco maior para adoecer do ponto de vista psiquiátrico. Por isso, hoje valorizamos muito mais a ruptura de laços culturais e sociais do que a emigração.

6- Religião – Esse dado, além de ser um marco de identidade de uma pessoa, também pode nos ajudar a avaliar melhor certas crenças aparentemente estranhas compartilhadas por certos grupos e, com isso, poupar-nos de cometer certos erros. Já recebemos, porém, pacientes trazidos para internação por

* É bem verdade, que as pesquisas recentes têm mostrado que as esquizofrenias podem fazer surgir pródromos na esfera cognitiva muito antes da sua expressão plena e isso tornaria aquele critério da identificação de um “corte” na curva vital de um paciente muito menos útil para a identificação dessa doença. Na investigação clínica, porém, aquele critério continua sendo de utilidade.

pastores e “*pais de santo*”, pois haviam perdido, por conta do início de uma doença psiquiátrica, a capacidade de diferenciar o simbólico (que toda a literatura religiosa tem) do concreto na vida compartilhada.

Na lista acima, deixamos de incluir o papel do **nome da pessoa** como um fator, senão de risco, pelo menos de um problema de identificação. Ouvimos, recentemente, em uma palestra de uma lingüista, a demonstração de algumas correlações entre o nome atribuído a algumas pessoas e certos tipos de “*risco psicológico*”, digamos assim. Os grandes escritores já o haviam intuído, e o primeiro deles foi *Goethe*, no seu “*Afinidades Eletivas*”. *Dostoiévski* também se utilizou do recurso com grande efeito dramático, especialmente em “*Crime e Castigo*”. De qualquer maneira, estamos certos de que uma *má aceitação do próprio nome* é algo que a psicologia não pode desprezar.

Um bom registro mnêmico inicial, dos dados de identificação colhidos, é muito importante, mas não há problema algum no retorno à sua indagação no curso da entrevista, uma vez que alguns certamente nos escaparão. De qualquer maneira, pensamos ser inaceitável que, a qualquer pretexto, especialmente em uma instituição, e em relação a pacientes internados, não se proceda à identificação formal de um paciente. Pensamos ser muito importante, pelo menos no início de sua prática profissional, que o interno ou médico recém formado tente se disciplinar na aplicação estrita de um roteiro de entrevista, até mesmo para que, no futuro, o possa aplicar de forma mais livre. Vimos, com bastante freqüência, algumas pessoas, que não haviam se disciplinado nesse sentido, valerm-se do expediente de pedir ao paciente que falasse “*sobre a sua infância*”, ou “*sobre os seus problemas*”. Esse tipo de pergunta funciona quase como uma senha para a comunicação de que, durante aquela entrevista, não haverá muita investigação. Sem nenhuma dúvida, a infância tem muita importância e, para a sua investigação, há um item específico no roteiro aqui proposto.

Diversas pesquisas demonstraram que os psiquiatras tendem a fazer um diagnóstico já nos primeiros minutos da entrevista e a passar o restante dela apenas tentando confirmá-lo. Essa falta de flexibilidade pode conduzir a erros graves. Não brigamos contra a primeira parte da afirmação, pois é quase inevitável que comecemos a fazer hipóteses desde o princípio. Aquilo que devemos evitar é: deixar-se aprisionar precocemente a alguma delas, a perda da crítica necessária para correções de rumo e também uma certa “surdez” em relação a dados novos que possam derrubar nossa hipótese inicial.

O paciente psiquiátrico, freqüentemente, não tem queixa alguma, além daquela referente a algum possível arbítrio sofrido. Por isso, o item habitualmente denominado “**Queixa principal**” pode ser substituído (ou coexistir) por “**Motivo da consulta e/ou internação**”. Vimos entrevistas terem sua evolução prejudicada pela formulação da pergunta: “*O que você fez pra vir para cá?*” Algumas perguntas trazem **julgamentos** inevitavelmente associados que devem ser evitados por parte dos médicos e psicólogos, inclusive quando estão atuando em presídios. Mesmo nesse tipo de instituição, é bom que nos lembremos da possibilidade de alguém estar lá injustamente. Por vezes, deveremos assinalar dois motivos para a consulta/internação: o alegado pelos que trouxeram o paciente à sua revelia e o alegado pelo próprio paciente. Bem melhor é perguntar: “*O que aconteceu para que o Sr* (a) viesse para cá?*”. Caso esta pergunta não sirva para esclarecer os motivos para a internação, podemos recorrer a outra: “*O que seus parentes (ou as pessoas que o trouxeram) alegaram como motivo para trazê-lo(a) para cá?*”

O entrevistador ainda inexperiente costuma ficar tão ansioso no início de uma entrevista, que, antes do paciente responder a uma primeira pergunta, começa a formular mentalmente a seguinte. O resultado disso é,

* Gostamos de iniciar uma entrevista de maneira mais formal e alguns pacientes entendem o uso do “você” ou “tu” como uma desconsideração. Aqui não existem regras rígidas e o entrevistador deverá aplicar sua intuição quanto ao mais indicado em cada situação.

invariavelmente, prejudicial. Por vezes, esquecemo-nos do bom princípio, válido para qualquer entrevista que não seja uma mera aplicação de um questionário formal: **é a resposta a uma pergunta que deve ser tomada como referência para a seguinte**. Por isso, aquela precipitação assinalada costuma atrapalhar o andamento e o resultado de uma entrevista.

Existem como que certas “linhas” de investigação para cada um dos transtornos psiquiátricos. Assim, quando algum dado colhido faz surgir uma suspeita qualquer, o entrevistador deverá seguir aquela “pista” até o seu esgotamento, ou seja, até a sua confirmação ou afastamento. Costumamos comparar esse trabalho ao dos bons garimpeiros que, a partir do encontro de algumas pepitas dispersas, procuram pelo veio que levará à mina do metal ou mineral procurado. Por vezes, esse processo pode se prolongar por quase toda uma entrevista, ou mesmo se repetir continuamente, o que costuma disparar mal estar no entrevistador. Essa talvez seja a razão principal para a tendência a abraçar precipitadamente hipóteses não muito bem investigadas. Há que aprender a conviver com a dúvida.

A **História da doença Atual (HDA)** da clínica médica em geral é mais propriamente *atual*, ou seja, refere-se aos acontecimentos recentes, do que a que aplicamos em psiquiatria. Como a quase totalidade das condições psiquiátricas tende a ter um curso crônico, ou seja, uma longa duração, a HDA de nossos pacientes pode se iniciar décadas atrás. Certamente caberá aqui uma tentativa de desfazer o mal entendido que se formou em relação à palavra **crônico**, a qual passou – por um processo fácil de compreender – a ser associada à deterioração quando, em verdade, refere-se apenas ao **tempo** de instalação e evolução de uma doença e isso não implica, necessariamente, em deterioração ou incapacitação.

Deve-se envidar um esforço especial em bem caracterizar a primeira crise de um paciente e também a atual e suas circunstâncias. A intensidade da

investigação das demais dependerá do seu número, uma vez que alguns pacientes sofreram dezenas delas, inclusive cursando com internações. Quando somos solicitados a fazer perícias, os esforços nesse sentido devem ser redobrados, até por que, nesses casos, costumamos dispor de muito mais tempo. A boa caracterização da situação de um paciente nos **períodos intercríticos** e o fato dele ter retornado (ou não) aos **níveis prévios de adaptação**, costuma ser de grande valia até para o próprio diagnóstico da condição de que o paciente sofre. A boa caracterização dos níveis prévios de adaptação de um paciente é absolutamente necessária, até mesmo para que tenhamos um referencial de maneira a bem avaliar os resultados da terapêutica aplicada. Frequentemente, médicos e psicólogos incorrem no erro de julgar que um “nível de melhora” alcançado por um paciente não foi suficiente, apenas porque não tinham a mínima idéia acerca do seu nível prévio de adaptação. Além disso, o bom balizamento dos marcos temporais---para os acontecimentos de interesse clínico---costuma ser muito útil para o estabelecimento de correlações, inclusive de natureza etiológica.

Não será demais talvez aqui assinalar que, em verdade, os pacientes em geral não têm diagnóstico algum. Nós é que temos algum diagnóstico para eles. O diagnóstico é um instrumento de trabalho do profissional e não uma espécie de “*tatuagem*” grudada na pele daqueles que examinamos. Um olhar para a história da nossa nosologia mostra que diversas “doenças” surgiram, desapareceram, retornaram, tiveram seu nome modificado, e assim por diante. Além disso, é sempre bom não perder de vista essa dimensão histórica e pensar que o mesmo pode acontecer com transtornos hoje constantes das classificações os quais podem simplesmente desaparecer ou passar a receber outro nome. Nesse sentido, nossas classificações funcionam mais à maneira de “*andaimes*” que servem para que se vá “*construindo*” e organizando um saber (os quais devem ser periodicamente “desmontados”) do que propriamente como uma

“estrutura metálica ou de concreto”. É bom que lembremos também de que a linha do equador, os meridianos e os paralelos, não existem na natureza, mas não deixam de ser imprescindíveis para bem ordenar e orientar o pensamento dos geógrafos e navegadores. Nossas classificações devem ser olhadas da mesma forma. Por isso, consideramos imprescindível que assinalemos sempre com qual hipótese diagnóstica estamos trabalhando.

A **História Pessoal** de um paciente, não deve ser burocrática e precisa corresponder a um esforço de bem caracterizar a trajetória de um indivíduo. Cada vez mais, a medicina e a psicologia têm observado e demonstrado que as pessoas adoecem freqüentemente da vida que levaram ou levam. O paralelo entre certos tipos de temperamento, características comportamentais, hábitos desenvolvidos, etc... e o risco aumentado para certas doenças, vem progressivamente ganhando importância no exercício da medicina e na pesquisa médica. Chega a ser curioso que, em relação às plantas que começam a “adoecer” nos perguntemos imediatamente acerca das suas condições objetivas de existência (se ficam expostas a um excesso ou deficiência de incidência de luz solar ou se recebem vento ou água demais ou de menos, etc...), enquanto, em relação aos seres humanos, freqüentemente nos esqueçamos de fazer uma muito singela pergunta, como por exemplo: *“O senhor (ou a senhora) tem feito alguma coisa com muito prazer ultimamente?”*.*

Na maior parte das vezes, uma pergunta do gênero é suficiente para que o paciente sinta profundamente ter à sua frente um profissional que o olha como semelhante e que está interessado em bem o compreender e investir na sua

* Temos verificado o surgimento de várias escalas para avaliação da qualidade de vida dos pacientes e das pessoas em geral. Esse é um indicador de que a medicina tem se preocupado com aspectos para além do mero controle de sintomatologia. As que conhecemos, porém, não desenvolveram bons instrumentos para lidar com a *anosognosia* (tendência a “negar”, de forma não intencional, a existência de sintomas e do sofrimento). Uma simples investigação do *como* alguém lida com perdas importantes e, principalmente, se é capaz de lidar com a sua própria tristeza e com o luto, por exemplo, daria uma boa indicação acerca da pessoa avaliada. O risco de que essas escalas caíam no muito caricatural *“Eu estou OK! Você está OK”*, é considerável. O esforço para fugir a um sofrimento inevitável predisporia os seres humanos à realização das maiores sandices (*Dostoiévski, “Crime e Castigo”*).

qualidade de vida. Esse é o acolhimento que todos os seres humanos procuram nas relações com outros seres humanos e é natural que isso seja mais verdadeiro ainda em relação a um profissional que escolheu tentar entender as principais motivações para o comportamento dos seres humanos.

Tentando evitar repetições, deve-se dar especial atenção à maneira como a pessoa reagiu e enfrentou os períodos de transição, ou “*ritos de passagem*”, como a psicologia tem elegantemente denominado esses períodos. Temos apenas uma pálida idéia da dificuldade que implica, por exemplo, o início do controle dos esfíncteres, do desenvolvimento da comunicação verbal, da socialização e das primeiras idas à escola, por exemplo. Por isso, uma boa investigação de como esses períodos foram enfrentados por alguém pode nos dar muitos dados sobre essa pessoa. O mesmo se pode dizer com relação à maneira de uma pessoa reagir diante da menarca; da puberdade; do início do interesse sexual e amoroso; do servir ao exército; do casamento e assim por diante. Da mesma forma que alguns animais precisam, periodicamente, trocar de casca e, ao fazê-lo, costumam atravessar período de enorme fragilidade, as transições citadas também não deixam de representar uma “*troca de casca*”, com todas as suas conseqüências. Por fim, diríamos que para pelo menos duas condições psiquiátricas a HDA e a HP como que se confundem e interpenetram: as Oligofrenias e os Transtornos da Personalidade, uma vez que tiveram início e se desenvolveram junto com o indivíduo.

Na **História Familiar**, além da procura pelas óbvias e possíveis correlações genéticas, deve-se tentar desenvolver uma impressão acerca da dinâmica familiar do núcleo do qual o paciente provém. Com isso, pode-se não só identificar o papel nela desempenhado, como também fazer uma razoável idéia acerca das demais pessoas da família, especialmente: com quais deles se poderá contar; e de quais se deverá esperar maior resistência ao tratamento. Um bom critério para discriminar os casos nos quais alguma intervenção junto à

família é imprescindível, dispensável ou mesmo prejudicial, é o grau de dependência do paciente em relação a ela. Esse é, aliás, o mesmo princípio que implica a necessidade quase absoluta da participação da família nos tratamentos de crianças em geral. Ou seja: se o paciente é muito dependente, a participação muito ativa da família é indispensável (pelo menos de início e enquanto durar), enquanto para aqueles que são razoavelmente independentes, a intervenção familiar pode ser até mesmo prejudicial.

É no **Exame Psíquico** de um paciente que o psiquiatra ou psicólogo mais é obrigado a exercitar uma boa semiologia. Por isso, esse tão importante item do exame psiquiátrico será tomado como fio condutor de todo o trabalho que se seguirá. Por ora, é bom que enfatizemos a necessidade de que, nesse ponto, se evitem os termos técnicos e se priorize a descrição. O termo técnico, não antecedido pela descrição, como que “*empastela*” o dado e faz com que se perca a particularidade das manifestações de um paciente específico, tirando todo o interesse de um registro médico/psicológico qualquer. Recentemente, lemos em sessão clínica do IPUB um exame psíquico escrito no **presente** e isso nos causou profundo efeito, pois reforçou o aspecto de atualidade que todo exame psíquico deve ter. Como nosso objetivo maior, ao redigir esse opúsculo, foi aproveitar cada minúcia e sutileza que possam enriquecer a entrevista psiquiátrica e melhorar o seu registro, reproduziremos o exemplo: “*O paciente está acompanhado da avó. Veste bermudas jeans e blusa de malha. Tem pés e mãos sujas. Seus cabelos estão oleosos e penteados para a frente, em forma de franjinha, lembrando, de forma bizarra, um penteado feminino. Seus dentes estão em mau estado, com os incisivos centrais quebrados, cariados e sujos de farelos de biscoito...Acompanha o entrevistador, senta-se e permanece balançando suavemente a perna cruzada sobre a outra com os braços repousando sobre o colo...*”

Terminado o **Exame Psíquico**, aí sim, passaremos a atribuir as denominações técnicas das manifestações que nele foram descritas, e, para isso, valem-nos de um novo item, denominado **Súmula Psicopatológica**. Vimos inúmeros casos nos quais uma boa descrição de um sinal ou sintoma no item anterior foi seguida de uma denominação errada nesse item e esse é mais um fato que reforça a importância da não atribuição de termos técnicos no exame psíquico. A boa descrição sempre pode permitir que um eventual erro seja corrigido a tempo e até por outras pessoas que sequer tenham assistido à entrevista.

A sequência das funções psíquicas examinadas, e caracterizadas através da escrita, não é arbitrária. Ela tem como critério a avaliação, em primeiro lugar, daquelas que mais chamam a atenção inicialmente e influenciam de maneira determinante as demais. Não consideramos outras seqüências erradas, mas aplicamos aquela que nos parece ser a melhor e que é fruto de uma maturação levada a efeito por algumas gerações de Professores do IPUB.

Tendo sido bem caracterizados e denominados os sinais e sintomas, estamos capacitados, ou mesmo obrigados a atribuir um **Diagnóstico Sindrômico**, que consiga reunir os principais sinais e sintomas caracterizados em um paciente. Um diagnóstico sindrômico é completamente referenciado a um exame psíquico efetivamente realizado. Para usar uma linguagem histológica ou anatômica, ele representa um “*corte transversal*” na observação, ou seja, a caracterização daquelas algumas dezenas de minutos de observação, ao contrário das observações longitudinais. Um paciente pode apresentar mais de uma síndrome, mas há que ser muito criterioso nessa atribuição, fazendo valer sempre aquele princípio denominado da “**parcimônia**” (aplicando o que ficou conhecido por “Navalha de OCKAM”): o esforço da procura por um único diagnóstico que possa enfeixar todas as manifestações observadas.

Se existissem sinais e sintomas específicos para cada uma das doenças psiquiátricas, não se perderia tempo raciocinando em torno de síndromes. Como não é assim que as coisas se dão, o diagnóstico sindrômico é absolutamente imprescindível, até porque, também do ponto de vista do tratamento, as terapias psiquiátricas são, quase todas elas, mais propriamente sindrômicas do que dirigidas especificamente às diversas doenças, ou seja, um diagnóstico sindrômico autoriza o início de uma terapêutica.

Uma Síndrome é um conjunto de sinais e sintomas e pode decorrer de mais de um transtorno, distúrbio, entidade nosológica. É bom que não nos esqueçamos de que, do ponto de vista semiológico, um **sinal** tem muito mais valor do que um **sintoma**, até porque, é observado diretamente, sem precisar da intermediação da informação verbal e, por isso, é de mais difícil **simulação** (tentar convencer alguém de que se está sofrendo de algum mal que não está presente) ou **dissimulação** (tentar esconder de alguém alguma manifestação efetivamente presente, respectivamente). Um bom recurso, aliás, para a confirmação de uma suspeita da existência de simulação ou dissimulação, é a observação do paciente fora da situação artificial da entrevista. Ninguém simula ou dissimula por muito tempo e em todas as situações da vida. Uma grande discordância entre as condutas na entrevista e no convívio com outros pacientes deve ser motivo para que suspeitemos da sua presença.

Se a combinação de sinais e sintomas se desse ao acaso, haveria infinitas síndromes, ou, em verdade, não haveria síndrome alguma, pois elas não teriam qualquer utilidade. Felizmente, essa combinação se dá de forma a que se consiga caracterizar pouco mais de **dez** síndromes psiquiátricas, variando esse número de autor para autor e dependendo da inclusão na lista de uma variedade de síndromes orgânico-cerebrais descritas nas últimas décadas. Só para darmos um exemplo: para o que se denominou **Síndrome Orgânica da Personalidade** no **DSM III** (terceira edição da Classificação norte-americana das doenças

mentais), poderia haver um desdobramento em diversas síndromes, dependendo da lesão ser predominantemente fronto-orbital, dorso-lateral do lobo pré-frontal, temporal. O termo deriva de “*SYN-DROMUS*”: aquilo que anda junto. Teria sido Galeno quem primeiro as caracterizou e elas demarcariam o início da medicina propriamente dita. Por fim, elas representam ainda aquilo que os grandes pensadores gregos tanto valorizavam: uma CONSTANTE (como o Pi, ou o teorema de Pitágoras).

O diagnóstico sindrômico ajuda a organizar o raciocínio e a selecionar aquelas entidades que mais provavelmente estão determinando as manifestações observadas. Ele é também extremamente útil na identificação das simulações e também dos episódios **dissociativos** e/ou conversivos nos quais a **sugestionabilidade** é fator importante. Como os pacientes não conhecem as síndromes tendem a simular ou a fazer a conversão/dissociação associando sinais e sintomas que habitualmente não ocorrem juntos, da mesma forma que as conversões que cursam com **paralisias** ou **parestesias** (sensação de “*formigamento*”) não respeitando os trajetos neuronais.

A **Hipótese Diagnóstica Nosológica** deverá ser feita a partir do entrelaçamento da HDA com o Diagnóstico Sindrômico atribuído a um paciente. Como o diagnóstico nosológico em psiquiatria tem um caráter evolutivo* (ou seja, necessita da observação do paciente por períodos determinados), ao final de uma entrevista estaremos apenas autorizados a fazer uma **hipótese diagnóstica**. É importante que assinalemos aquela que julgamos a mais provável, mas o recurso a itens das classificações como “*Psicoses não especificadas*” também pode ser aceito para aqueles casos nos quais a investigação ativa não autorizou a feitura de uma hipótese mais específica. O

* Originalmente, a expressão “*curso de uma doença*” referia-se mais especificamente ao período compreendido entre o surgimento das primeiras manifestações prodrômicas, e a instalação plena de uma síndrome. Dessa forma, praticamente todas as condições psiquiátricas teriam um **curso crônico** (a exceção poderia ser o Transtorno do Pânico), pois se instalariam sempre em período maior do que 48 horas. A importância semiológica dessa consideração repousa na orientação de que uma instalação aguda de uma condição qualquer deve fazer pensar em etiologia orgânica. Já o conceito de **evolução** se refere ao sucedido a partir daí.

problema maior da aplicação desse tipo de “*hipótese diagnóstica*” é o seu estímulo à preguiça e/ou desonestidade intelectual. É importante assinalar que, afastada a hipótese de uma etiologia orgânica para a sintomatologia observada (vide capítulos referentes à **Consciência**, à **Memória** e outros) um erro de hipótese diagnóstica, **entre as doenças mais propriamente psiquiátricas**, não costuma ter conseqüências muito graves e imediatas, especialmente quando acontece em um serviço no qual as pessoas foram educadas a tudo ler de maneira crítica e não tendem a repetir automaticamente os erros dos outros. Bem pior do que um erro é o medo excessivo de errar e, em conseqüência, a atitude de “*dissimulação*”, por parte dos estudantes (mas também de outros profissionais), das suas próprias insuficiências.

Feita a sua hipótese diagnóstica nosológica, é um bom exercício refletir ativamente sobre outras possibilidades, algumas já anteriormente aventadas. Isso se chama **Diagnóstico Diferencial** e é esperado que aquele que examinou, depois de haver assinalado nesse item algumas **poucas** condições, pense nos porquês que o levaram a não as eleger como sua hipótese principal. Chamo isso assim: “Aquilo que poderia ser e porque eu penso que não é!”. Exemplo: para um paciente jovem, com história de vida muito desregrada, com fortes suspeitas de estar utilizando substâncias ilegais, levado a um serviço apresentando delírios, alucinações e agitação psicomotora, há que proceder ao diagnóstico “**Síndrome Paranóide**”. Já com relação à HIPÓTESE diagnóstica nosológica, um médico ou psicólogo---baseado não apenas em dados da história, mas também em certas sutilezas da Psicopatologia---poderia eleger uma associação do quadro ao uso de estimulantes corticais (cocaína e/ou outros) como o fator etiológico principal, enquanto outro poderia achar mais provável a hipótese diagnóstica nosológica de esquizofrenia para o mesmo. Essa é uma das razões para que eu não canse de reafirmar (inspirado no DSMIII) a importância da evolução como critério para o estabelecimento de um diagnóstico nosológico.

Para terminar este capítulo, gostaria de frisar que nada educa e disciplina mais as mentes dos profissionais da área do que o convencimento em relação à existência e a aplicação de uma semiologia específica para cada um dos sinais e sintomas de cuja presença se suspeita. Assim, do mesmo modo que existe uma semiologia para a investigação das **cefaléias**, por exemplo, existe também uma semiologia para a caracterização de um transtorno da **senso-percepção**, por exemplo. Sempre que possível, tentaremos ajudar na sistematização dessa semiologia, principalmente para aquelas manifestações que são facilmente confundidas com outras. Costumo dizer que toda manifestação que não permite a apresentação da SEMIOLOGIA utilizada para sua caracterização deve ser classificada como ESPECULAÇÃO. Essas também têm o seu espaço, mas estão longe de nos satisfazer em um exame qualquer.

Antes de passarmos para os diversos itens de que se compõe um exame psíquico, talvez não seja de todo inútil dizer que, por mais objetivo e até mesmo operacional, que se pretenda um manual como o que aqui apresento, haverá de esbarrar sempre com o imponderável em nossa prática diária. Por isso mesmo, por mais que avancemos na boa caracterização das diversas manifestações e até as consigamos “*quantificar*”, sempre haverá espaço para o bom exercício da **intuição**, muito embora não nos devamos satisfazer com ela.

Muita mistificação tem sido feita, nos últimos anos, em torno da assim chamada “*medicina baseada em evidências*”, que buscava eliminar aspectos “*não controláveis*” da investigação e seu peso na atribuição de um diagnóstico. Antes de tudo, quando alguém diz estar diante de uma evidência, quer dizer apenas que todas as pessoas estão vendo a mesma coisa, mas isso não quer dizer que estejam certas. Antes de *Galileu* demonstrar que a terra girava em torno do sol, era “*evidente*” que o sol girava em torno de terra, assim como para um religioso, é evidente que Deus existe e, para um ateu o contrário há de ser a verdade. É bom que não nos esqueçamos, de que a ciência começa exatamente quando o

homem deixa de se satisfazer com aparentes “evidências” e começa a investigar, fazer hipóteses e as submeter a testes, para isso lançando mão, muito freqüentemente, da sua intuição.

Costumo dizer que **acertar** (ou agir de maneira mais efetiva) na CLÍNICA **implica** caminhar entre dois **erros** (ou condutas menos efetivas); fazendo correções de rumo frequentemente e se esforçando para evitar o erro que teria piores conseqüências. EXEMPLO: diante de uma dúvida quanto a ter um sinal (ou sintoma) origem neurológica ou psicológica, especialmente se observado em pessoa que já sofreu manifestações bem caracterizadas como CONVERSIVAS. ERROS POSSÍVEIS: **1-** não dar valor à possibilidade da origem neurológica; **2-** sequer considerar a possibilidade de psicogênese. E qual seria o ERRO potencialmente mais danoso, no caso e em geral? Certamente uma aposta precipitada na psicogênese, pois a morte seria uma possibilidade concreta. Sendo assim, haveria que: iniciar uma investigação exaustiva quanto à possível lesão orgânica específica, juntando (ao lado e apenas PRELIMINARMENTE) dados referentes à ocorrência simultânea de certos traços típicos: **teatralidade, sugestionabilidade e atitude sedutora**. Tendo sido razoavelmente afastada a origem especificamente neurológica da manifestação e tendo sido encontrados os traços assinalados (não bastaria diagnóstico "negativo": pela não caracterização das manifestações) a aposta pode mudar. A hipótese inicial, entretanto, não deveria ser abandonada precipitadamente.

II-APRESENTAÇÃO E ATITUDES PREDOMINANTES

É aqui que o investigador deve mais exercitar sua capacidade de, um pouco mais livremente, descrever sua impressão inicial e circunstâncias em que o exame se deu. Aqui, a preocupação deve ser a de não perder dados em conseqüência de um totalmente inútil esforço de “desculpar ou proteger” o paciente. Costumamos dizer, quando percebo que essa preocupação começa a prejudicar a semiologia, que o paciente não precisa de “advogados de defesa”, pois ali não há nenhum promotor. Dessa forma, devemos registrar o desleixo com a higiene ou aparência, por exemplo, se existe*. É verdade que a significação desse fato é variada: pode decorrer do fato de a pessoa ter estado sedada ou contida por várias horas; do fato de não lhe ter sido oferecida oportunidade de acesso a material de higiene e vestes limpas, etc. Entretanto,

* A expressão: “**Apresentação agudamente descuidada**” é um verdadeiro achado semiológico. Há, efetivamente, uma diferença muito grande entre uma roupa amarfanhada ou amarrotada, os cabelos despenteados e a presença de alguma secreção nos olhos, em um paciente recentemente internado, por um lado, e unhas muito crescidas e sujas, cabelos desganhados, dentes em mau estado de outro que seria, por assim dizer, “cronicamente descuidado”.

repetimos que essa avaliação do significado do dado deve ser feita *a posteriori*, sob o risco do dado se perder, caso fiquemos tentando “justificar” precipitadamente as condutas do paciente.

Também as possíveis bizarrices das vestes ou adereços; a exuberância e a sensualidade expressadas em demasia ou até mesmo o comedimento excessivo das vestes, seu estado de conservação e higiene, devem ser assinalados. Estamos convencidos de que uma relutância na aplicação desse olhar investigativo inicial por parte dos alunos se deve exatamente à força que essa observação crítica tem para atingir os recônditos mais profundos da personalidade de alguém e isso é, freqüentemente, entendido como um julgamento de valor.

Muita mistificação se tem feito em torno do “*deixar o paciente falar*”, durante uma entrevista. Frequentemente, esta frase é usada para esconder uma preguiça intelectual e deficiências na capacidade de bem investigar e também na boa aplicação de uma **Semiologia**. É óbvio, que um dado obtido espontaneamente tem mais valor do que aquele que foi sugerido de alguma forma. Qualquer pessoa que tenha um mínimo de prática na área, porém, sabe que, muito frequentemente, os pacientes não falam espontaneamente de seus dramas e sintomas. O entrevistador que levar ao extremo aquela prática, freqüentemente chegará ao fim de muitas entrevistas sem dados para raciocinar e, em consequência, bem iniciar um tratamento. Fiel àquele princípio dos “DOIS ERROS”, o erro oposto seria não ter uma idéia mais clara do funcionamento da mente do paciente, por conta de um excesso de intervenção.

Em relação à **atitude** predominante durante uma entrevista, elas podem ser inúmeras, desde a **hostil** até a **indiferente**, passando pela de grande suspeita (**suspiciência**), **excessivamente íntima**, **teatral**, **querelante**, **desafiante**, e assim por diante. As atitudes podem se modificar durante as entrevistas e isso também deve ser registrado. Todo o seguimento da entrevista vai depender desses minutos iniciais daí a importância desse item. Não é esperado do entrevistador

que faça o registro dos seus próprios sentimentos disparados pelas diversas situações da entrevista, mas elas costumam também perpassar seus registros e até mesmo o seu estilo. Por isso, um exercício de auto-observação pode ser útil.

III- CONSCIÊNCIA, ATENÇÃO, ORIENTAÇÃO E SEUS TRANSTORNOS

“Como veio a Razão ao mundo? Como era de se esperar, de maneira irracional, por um acaso. Será preciso decifrá-lo como a um enigma!”

F. Nietzsche “Aurora”

A definição aplicada por K. Jaspers à consciência: *“O todo momentâneo da vida psíquica”*, é uma excelente ilustração o dito do romano Cícero: *“Não há nenhum erro grosseiro que ainda não tenha sido cometido de forma pomposa por um filósofo”*. Entre outras coisas, era um anacronismo. Desde muito tempo, Leibniz o demonstrara no século XVII, sabia-se que a consciência estava longe de abarcar a *“vida psíquica”*; Nietzsche havia já atingido de morte a arrogância da apologia da razão, e Freud desenvolvera até uma semiologia para

a investigação dos fenômenos inconscientes^{*}. Mas pode-se argumentar que, ao falar em “vida psíquica”, Jaspers se referia apenas aos fenômenos conscientes. E então ele teria cometido uma TAUTOLOGIA: “A Consciência é o todo consciente”. Mas há ali outro problema conceitual: consciência implica integração permanente (na linha do tempo e com o passado mais recente) das novas situações (mas também de ambientes, sentimentos e outros), o que é muito diferente do afirmado. Ou seja, a tomada de consciência estaria sempre um pouquinho atrasada, precisando se refazer permanentemente.

Hoje, muito mais humildes, estamos nos dando conta de que a consciência mais propriamente racional é a exceção da exceção na natureza. Por isso, em vez da pergunta quanto à existência ou não de uma atividade inconsciente, estamos mais preocupados em saber como e com que finalidade surgiu aquilo que chamamos consciência na natureza. Uma investigação recente da neuropsicologia, que deverá ter conseqüências arrasadoras sobre todas as escolas muito positivistas e enaltecidas da Razão, demonstrou que cerca de meio segundo antes da **idéia** de realizar um ato qualquer surgir na mente de alguém, ou seja, de se tornar consciente, podem-se registrar por eletroencefalografia, ondas nas áreas motoras do córtex pré-frontal (Benjamin Libet). Uma ilação obrigatória desse fato é aquela da qual Nietzsche já havia falado há mais de um século: primeiro sofremos das necessidades, depois procuramos inventar motivos para nossas condutas (“AURORA”).

Esforçando-nos para avançar um pouco na compreensão do que seja a consciência, diria que uma pessoa encontra-se em *lucidez de consciência quando está integrando, de forma coerente e compartilhada, o que a rodeia, desde que lhe sejam fornecidos os mínimos dados necessários para isso*. É possível uma avaliação intuitiva e somente pela observação (a ser confirmada na investigação) do estado de consciência de alguém, principalmente quando

^{*} É bem verdade, que, ao discutir a hipnose, (pg. 276), Jaspers termina por se referir a fenômenos mentais que estão muito para além da consciência.

percebemos expressão de perplexidade, agitação ou sonolência, incapacidade de integrar os acontecimentos à sua volta. Já a investigação mais operacional do nível de consciência de alguém é indireta: necessita da investigação da *atenção* e, principalmente, da *orientação*. É bom também assinalar que, ao falarmos de lucidez de consciência, aplicamos o sentido neurológico da palavra, associando-a a certo traçado captado no EEG, no qual predominam as ondas β , de pequena amplitude e rápidas. Por fim, quando falamos na consciência como algo em si, valemo-nos de uma força de expressão, uma vez que, em verdade, **o que existem seres conscientes** e não uma consciência com existência própria e independente.

Podem-se caracterizar, digamos assim, dois **espectros de variação do nível de consciência e da sua clareza**: um **fisiológico** e outro **patológico**. No fisiológico alterna-se da lucidez plena, máximo estado de alerta (quando estamos em franca atividade mental), até os estágios mais profundos do sono, passando pelos estados: **hipnagógico** (da lucidez para o sono) e **hipnopômptico** (o oposto, no despertar). A lembrança da existência desses dois estados tem grande importância semiológica, pois pessoas muito sugestionáveis frequentemente referem fenômenos ilusórios associados a um “*reverie*” típico daqueles períodos, que podem ser descritos como se fossem alucinatórios*. Depois da investigação quanto a se a pessoa estava deitada e/ou na penumbra quando das manifestações, um bom recurso para a sua caracterização é a exploração daquela mesma sugestionabilidade, através da indagação por detalhes da possível “visão”: suas cores, seus movimentos e assim por diante.

* Quando não se conhecem os significados dos radicais utilizados nas denominações, torna-se muito fácil o seu esquecimento ou inversão. Assim, *pômptico* refere-se a brilho, esplendor (do qual deriva *pompa*), e isso praticamente resolve o problema da memorização (*hipnopômptico*: do sono para a luz). Já com relação a *agógico*, que se refere ao estudo das variações de andamento na música grega, o mesmo não se pode dizer, uma vez que, é aplicado tanto ao *acelerando* quanto ao *retardando*.

Um (a) paciente histriônico (a) tenderá a exagerar nos detalhes e a os emitir de maneira teatral.

A variação patológica da **clareza da consciência** se dá da lucidez plena até o coma, passando por estados de **obnubilação** (deriva de NUVEM: uma turvação mais leve e oscilante da consciência) durante os quais, se estimulados, os pacientes podem se reorientar por alguns segundos, ainda que de forma precária; passando pelo **delírium** mais franco, durante o qual há um total desligamento do em torno e uma entrega plena às vivências alucinatórias ou ilusórias, na maior parte das vezes terroríficas. Antes do **estado de coma** (e eventual morte) o paciente costuma passar por um **torpor** no qual ainda apresenta alguns reflexos.

Não é justificada a afirmação que alguns fazem de que o estar lúcido implica estar orientado, como se estar desorientado implicasse perda da lucidez. A orientação pode ser perdida por alguém que esteja privado do contato com o mundo externo, como se verifica facilmente em pessoas que estiveram isoladas em cativeiros. Melhor é associar a lucidez à **capacidade momentânea de uma pessoa para se orientar**, desde que disponha dos dados necessários para tanto. Afinal, o paciente obnubilado perde sempre a orientação, por maiores que sejam os seus esforços para se orientar.

Esse não é o melhor lugar para a discussão de síndromes em geral, mas a caracterização precoce de um *delirium* é tão determinante na evolução para a vida ou para a morte que decidi fazê-lo. Agora mesmo (jan 2019 durante revisão), um paciente deficiente mental grave com perfil **plácido** como se dizia em outros tempos, subitamente (atenção para esta palavra) passou a se tornar agitado e agressivo (**herético**), chegando a morder as pessoas que dele cuidavam. Foi levado a um CAPS, dali encaminhado à emergência psiquiátrica e depois ao IPUB. No dia seguinte começou a apresentar retenção urinária e ficou torporoso, sendo encaminhado a uma emergência clínica a tempo de tratar

a condição original. Minha hipótese é de que TODO o processo teve origem especificamente orgânica, mas precisamos observar a evolução para confirmação. Um fator que dificultou muito a avaliação do estado de consciência foi sua grande dificuldade de comunicação, mas há considerar que os que o avaliaram não procederam a uma boa observação direta e que não valorizaram suficientemente o INÍCIO AGUDO do quadro. Por isso, tenho uma máxima: **nenhuma condição psiquiátrica propriamente dita apresenta-se de forma aguda (24/48hs).**

Costumo frisar que nada é mais importante em um **exame inicial** de um paciente, do que a investigação do seu nível de consciência, pois a não identificação de uma obnubilação, ou de um *delirium*, pode ter conseqüências catastróficas. Essa é a razão pela qual não se deve receber, em uma unidade psiquiátrica, um paciente cujo estado de sedação não permita avaliar a presença ou não de uma obnubilação. Quando há somente uma leve diminuição do estado de alerta, conseqüente ao uso de *benzodiazepínicos*, ou outras substâncias que causem sedação, o paciente consegue, na maior parte das vezes, fornecer alguns dados suficientes para a boa caracterização da sua lucidez ou não*. Para que um paciente receba outros diagnósticos em psiquiatria, é imprescindível que esteja lúcido, pois, caso contrário, o único diagnóstico cabível é o de *delirium*. Sentenças como “quadro misto” diante de um *delirium* somente por ser associado a uma história de bipolaridade, por exemplo, implicam erro grave. Um rebaixamento do nível de consciência compromete o funcionamento de todas as outras funções psíquicas, tornando absolutamente impossível uma avaliação dessas mesmas funções.

Observam-se, nesses casos, além das manifestações já citadas: a ocorrência de **hipervigilância**, com intensa **distraibilidade** (incapacidade de se concentrar);

* Uma sedação leve, ainda que **iatrogênica** (apenas uma diminuição do estado de alerta e sonolência) implica variação do nível de consciência segundo aquele “espectro” fisiológico citado anteriormente. Por isso, consideramos possível avaliar, nesses casos, a presença ou não de um *delirium* ou obnubilação. Quando a sedação se aprofunda, porém, tal avaliação se torna impossível.

expressão fisionômica de perplexidade; marcante tendência à piora do estado sempre que há privação sensorial (principalmente no seu início e à noite); ausência de registro mnêmico, ou registro fragmentário (para os rebaixamentos menos graves) dos acontecimentos do período. Se há algo de que quase todos se esquecem é de que a perda da capacidade de focar a atenção (alguns chamam isso “*despolarização atensiva*”, mas não estou convencido da utilidade da expressão) pode ter origens ou associações totalmente opostas: nos bipolares, obnubilados e outros associada a um excesso de vigilância; já nos estados defectivos das esquizofrenias residuais por absoluta indiferença.

O **estreitamento da consciência** não é tão fácil de caracterizar quanto a sua obnubilação. Também para a consciência, a exemplo do campo visual, podemos falar da existência de um campo, com um foco central, “*franjas*” menos nítidas e zonas totalmente fora dela e, por isso, obscuras. Convencidos de que a tentativa que vamos realizar para a caracterização daquele fenômeno será insuficiente, diríamos que: *o estreitamento da consciência implica a restrição não intencional à integração e ao “lidar mentalmente” com alguns fatos e com as emoções a eles relacionadas, fatos esses que tiveram uma importância considerável no momento em que foram experimentados e que não foram simplesmente esquecidos, mas jazem em algum lugar da mente, nela atuando intensamente, apesar de o paciente disso não se dar conta.** Sabemos que uma definição do gênero é de difícil apreensão imediata, por isso sugerimos aos possíveis leitores que a ela voltem depois de lidos os seus exemplos. Podemos falar também em sutis estreitamentos fisiológicos e momentâneos da consciência, como os que acontecem com pessoas normais, submetidas a experiências para além da sua capacidade de integrar e suportar. Há também estreitamentos da consciência resultantes da prática mediúnica em algumas culturas as quais, por isso mesmo, não podem ser consideradas patológicas.

* Não encontramos, nas obras consultadas, outros esforços para definir o **estreitamento da consciência**, apesar do seu conceito vago: “*diminuição do campo da consciência*” ser repetido à exaustão.

As **Amnésias Psicogênicas** são os melhores exemplos para a longa definição que tentamos dar acima, pois são caracterizadas pelo “esquecimento” de fatos traumáticos (do ponto de vista psicológico) e de outros fatos que os cercam, desde que associados do ponto de vista temático. O caso mais marcante que acompanhamos, foi o de uma jovem cuja irmã era uma bailarina de cabaré que faleceu em circunstâncias não muito claras logo depois de viajar para a Espanha. A paciente simplesmente se esqueceu de tudo o que se referia à viagem da irmã (mantendo registro de acontecimentos da época não relacionados ao problema original), de cujos preparativos havia participado ativamente. Voltaremos ao tema no capítulo referente à memória.

Existem também as **Fugas Dissociativas**: adoção de uma nova personalidade, sem que a pessoa consiga se lembrar da anterior. A pessoa pode ser encontrada vivendo em outra cidade, com nova família e assim por diante. São situações muito raras e que nós, confessamos, nunca vimos. Há também casos bem mais simples e frequentes, nos quais as pessoas não conseguem se lembrar de como se dirigiram a lugares mais ou menos distantes daqueles onde vivem. Acontecimentos do gênero costumam induzir pessoas muito sugestionáveis às crenças em discos voadores e seres extraterrestres. A **fuga psicogênica** implica amnésia psicogênica. O contrário, porém, não é verdadeiro. A **fuga**, nesse caso, costuma ser também associada, além do “fugir à recordação”, a um importante deslocamento no espaço: uma fuga, propriamente dita. Caso contrário, não se a poderia diferenciar da simples amnésia psicogênica.

Há ainda as **Personalidades Alternantes**, nas quais uma mesma pessoa representa (sem intenção) uma segunda personalidade com características muito diferentes (em geral opostas) da original. São situações também muito raras. Referências de autores respeitáveis, porém, justificam que continuemos a delas tratar. Segundo todas as referências, a personalidade original costuma ser muito

recatada e religiosa, enquanto a segunda costuma ter características opostas: ser “fatal”, exuberante e sensual. Deve ser entendido esse tipo de estreitamento da consciência como uma resposta da natureza a uma necessidade incoercível de se expressar, aliada à sensação da incompatibilidade dessa expressão com as amarras moralistas de certas sociedades. Não por acaso, esses casos foram mais frequentes na Inglaterra do período vitoriano. Interessante é a observação de que se podem verificar até mesmo diferenças significativas no que se refere a certas características físicas, como por exemplo, do grau de miopia, entre as duas personalidades*.

Um tipo bem mais frequente de estreitamento da consciência é a **Despersonalização**, durante a qual a pessoa tem a muito desagradável sensação de “*perda da plenitude da experiência*” (MAYER-GROSS), ou seja: passa pelas experiências, delas faz registro, mas, durante a situação, e também ao recordá-las, tem a estranha impressão de que não é (ou foi) ela mesma quem as está vivenciando ou as vivenciou. A **Desrealização** é definida pela estranheza em relação ao ambiente percebido, mas é apenas uma variação da despersonalização (estranheza em relação a si mesmo). Essas duas manifestações são freqüentemente associadas aos quadros de ansiedade extrema, mas pacientes esquizofrênicos, principalmente no início de sua doença, podem se queixar de sensações indistinguíveis em relação a elas. Chegamos mesmo, no início da nossa prática, a suspeitar de que um paciente jovem estava apresentando pródromos para a esquizofrenia, quando, na verdade sofria de manifestações daquilo que, na década de 1980, foi caracterizado como ataque de pânico. O paciente piorou muito das manifestações quando iniciamos *antipsicóticos*.

* No período decorrido desde a primeira redação desse texto, examinamos nas enfermarias do IPUB uma paciente que se dizia *Jaspione* (numa referência ao herói de desenhos animados *Jaspion*), mantendo conduta caricaturalmente sedutora, manipuladora e não fornecendo dados de sua história prévia. Quando foi possível colher a sua história, ficou evidente um enorme contraste entre a sua conduta habitual e a por nós verificada.

A denominação genérica, atualmente aplicada nas classificações para os **quatro** tipos de apresentação dos estreitamentos da consciência é: “**Transtornos Dissociativos**”, mas estou convencido de que existe uma quinta forma de sua apresentação. Aquilo que foi denominado **Pseudodemência (ou Síndrome) de Ganser** nada mais é do que um estado hipnóide autoinduzido e, por isso, deveria ser aqui incluído. A sua habitual inclusão entre as pseudodemências se deve ao fato dos seus primeiros investigadores terem valorizado excessivamente os déficits cognitivos e os erros sistemáticos desses pacientes nas respostas às mais simples questões, como por exemplo: “ $2+2=5$ ” ou “uma vaca tem cinco patas”. Como surgem principalmente em encarcerados e funcionam como uma forma de “escape” de uma situação sentida como insuportável, parece-nos imperiosa a sua classificação entre os transtornos dissociativos*. Por fim, existem ainda grandes crises dissociativas, nas quais os pacientes desempenham verdadeiras **pantomimas histéricas** associadas conteúdos simbólicos óbvios, como a reprodução de gestual típico do ato sexual e do orgasmo, por exemplo.

Durante muitos anos, utilizamo-nos da expressão “*síndrome (quadro, transtorno) conversivo/dissociativo*” somente porque esses pacientes apresentavam sinais e sintomas dos dois tipos. Do ponto de vista teórico, porém, tínhamos a impressão de que o problema estava longe de ser resolvido. Recentemente, demos-nos conta de que, nas manifestações conversivas, perda da sensibilidade e/ou motricidade de um membro, por exemplo, há um **estreitamento da consciência**, embora esse estreitamento se dê em relação ao próprio corpo: **perda de contacto de uma pessoa com um segmento do seu próprio corpo**. Há, certamente, um “*campo da consciência corporal*”. O mesmo se pode dizer em relação ao prejuízo de natureza psicogênica do

* Conforme verão adiante, sugiro ser também assim classificadas as MITOMANIAS.

funcionamento dos órgãos dos sentidos, como a cegueira, a afasia e a surdez conversivas.

Vários autores incluem entre os estreitamentos de consciência também os **estados crepusculares epilépticos** e os episódios de **embriaguez patológica**. Não me parece razoável. Afinal, envolvem uma conduta automática; de grande agitação com agressividade não dirigida; têm uma etiologia orgânica e a pessoa não guarda registro algum do ocorrido, ou seja, as experiências não são passíveis de recordação, nem sob hipnose. Efetivamente, o que parece existir nesses casos, **é uma total perda da consciência, sem que isso seja acompanhado da perda também do tônus e da atividade muscular**, o que torna as situações citadas excessivamente diferentes dos fenômenos histéricos para que se justifique a sua classificação sob o mesmo título. Devem ser estudados entre as condutas AUTOMÁTICAS.

Se, diante de uma turvação da consciência, devemos procurar por uma etiologia orgânica, aqui é obrigatória a procura por uma origem predominantemente psicogênica. Isso não implica a impossibilidade de que se venha a encontrar algum substrato orgânico para essas condições. Existem mesmo pesquisas eletroencefalográficas sugerindo a existência, nesses pacientes, de ondas de grande amplitude associadas a um não desenvolvimento cortical pleno. Aquilo que defendemos, é que, nesses casos, a sintomatologia é mais claramente determinada por certo tipo de interação social e interpessoal.

Não são poucos os autores que defendem a simples eliminação do conceito de *psicogênese*, utilizado para algumas das doenças psiquiátricas. Segundo eles, tudo se passaria em um corpo e a não caracterização até hoje das alterações nele ocorridas se deveria apenas ao não desenvolvimento da tecnologia necessária para tanto. Reconhecemos que, muito provavelmente, haveremos de desenvolver instrumentos que servirão para caracterizar algumas modificações no funcionamento do cérebro dos pacientes histéricos, por

exemplo, mas estamos também convencidos, de que isso em nada haverá de modificar o conceito assinalado, uma vez que as relações interpessoais podem influenciar até mesmo o metabolismo cerebral. A eliminação do conceito de psicogênese e, em conseqüência, do papel da **sugestão**, atira-nos de volta ao perigoso e falso dilema criado pela ignorância dos neurologistas do século XIX: *doença orgânica x simulação* desmoralizado por *Charcot*. Como explicariam, por exemplo, o desaparecimento de certos sintomas durante um transe hipnótico, ou mesmo mediúnico? Desconhecer a psicogênese implica, necessariamente, recorrer à hipótese de que os histéricos não passam de simuladores. Quem sabe recorrerão, à maneira de *Anton Mesmer*, à influência de algum tipo de magnetismo ainda não mensurável, o que, curiosamente os aproximaria, aí sim, dos prestidigitadores e esotéricos de todos os matizes*. Curiosamente, as pessoas que mais tentam negar a psicogênese, são as mesmas que vivem às voltas com o “efeito placebo” em suas pesquisas, pelo qual têm um respeito quase religioso, pois já tiveram a oportunidade de experimentar seus efeitos desastrosos na avaliação dos resultados de suas pesquisas. Pois bem, o que vem a ser o “efeito placebo” senão uma expressão do poder da mente para “produzir” ou “eliminar” sintomas?

Já ouvimos um colega dizer: somente acreditaria na veracidade de uma paralisia histérica caso ela perdurasse em uma situação na qual a pessoa não tivesse alguém a quem recorrer e de cuja manutenção poderia resultar sua própria morte, como em um prédio em chamas ou no caso do paciente estar abandonado em um deserto, por exemplo. Esse nos parece, também, um raciocínio completamente equivocado. Primeiro, porque não considera que, em situações do gênero, a mente, até mesmo de pessoas ditas normais, tende a

* Baseado na observação da ação do íman sobre o ferro, *Mesmer*, no final do século XVIII, imaginou a existência de um “magnetismo animal”, desenvolvendo uma série de aparelhos e casas de banho para aproveitar as suas propriedades curativas. Obteve grande sucesso, mas logo caiu em desgraça. Sem o saber, estava aplicando nada mais, nada menos do que aquilo que hoje chamamos **sugestão** e também alguns rudimentos da **transferência**, pois as curas que obtinha se baseavam na ação da sua personalidade sobre as demais. Talvez ele também considerasse isso excessivamente abstrato e, por isso, tenha necessitado recorrer ao tal “magnetismo”.

entrar em uma espécie de “*semi-transe*”, sem um desligamento absoluto do ambiente e das circunstâncias. Segundo (para o caso do abandono e solidão seguido de um possível desaparecimento da manifestação), porque a histeria é uma condição de **natureza interpessoal**: necessita do outro para se expressar na plenitude. Esse raciocínio, aliás, resolveu completamente nossa incompreensão da situação ocorrida com uma das primeiras históricas que atendemos nas enfermarias do IPUB: passava os dias no leito a gemer, queixando-se de dores nos membros inferiores também paralisados. Com o passar do tempo, como a situação não se resolvesse e como todos muito se incomodassem, foi transferida para uma enfermaria distante do posto de enfermagem. Em uma visita completamente inesperada em um final de semana, encontrei-a de pé, penteando-se em frente a um espelho. Assim que me viu, tornou a gemer, deixou cair o pente, agachou-se e se arrastou de volta para o leito. Por muito tempo, considerei aquilo uma simulação, apesar da vida de relação da paciente estar sendo completamente destruída por seus sintomas.

Também nesse ponto, não vamos conseguir permanecer fiéis a outra disposição inicial: a de não nos aprofundar em considerações sobre a natureza das mais recentes classificações em psiquiatria, uma vez que temos visto muita incompreensão a respeito do como abordam o problema das histerias. Do fato de, por exemplo, o *DSM IV* não mais utilizar o termo, muitos autores deduziram que a histeria não mais existia. Aquilo de que muita gente se esquece, é que os *DSMs* tiveram como um dos seus pilares, a partir da sua terceira edição, o se tornar o mais “*ateorético*” possível. Isso significa apenas, que procuraram uma linguagem aceita por todos os profissionais da área. Por definição, a única possível era aquela baseada na **sintomatologia predominante em cada caso**, uma vez que essa é universal. Essa foi, diga-se de passagem, uma excelente iniciativa, pois as classificações tinham se tornado verdadeiros “*menús*” de forma a “agradar” a todos os gostos, com isso perdendo sua utilidade. Como

comparar, por exemplo, a incidência dos diversos transtornos em regiões diferentes? Assim, podemos afirmar que as manifestações históricas não mudaram tanto assim através dos tempos. Apenas ganharam outros nomes.

Muito prejuízo causou ao conceito de **histeria** sua excessiva e absolutamente injustificada aplicação para situações completamente diferentes e não aparentadas. Tudo aquilo que não era “orgânico ou psicótico” recebia essa denominação. Daí à sua total desqualificação foi um passo. Foram chamadas “históricas” as manifestações “psicossomáticas”, as crises de ansiedade, as manifestações hoje associadas ao pânico e outras.

Assim como pode haver um “estreitamento da consciência corporal” (com perda de sensibilidade, inclusive) em alguns pacientes históricos, em outros costumam ocorrer aquilo que pode ser denominado “*hiperestesia visceral*”. Quando isso se verifica, passam a ser incluídos entre os **Transtornos Somatoformes** (DSMIII). Suas queixas mais freqüentes são: algias de toda espécie, retenção urinária e/ou intestinal, sintomas dispépticos e respiratórios, cefaléias, distúrbios vasomotores, dores de localização imprecisa, sensação de plenitude ou de vazio das vísceras, dores e desconforto genito-urinário e outros. Muito importante é assinalar: para que um paciente seja classificado nesse capítulo, **é imprescindível que não se encontrem correlações fisiopatológicas para as suas queixas**, ainda que se suspeite fortemente de que o mau funcionamento de um órgão qualquer pode se dever a fatores ambientais e/ou psicológicos. Sempre que se encontrar alguma fisiopatologia (como na úlcera péptica ou na asma brônquica e outros), por mais que se caracterizem “*fatores psicológicos*” mais ou menos implicados, aquela condição deverá ser classificada nos capítulos das especialidades respectivas. Por isso mesmo, há que ser revisto o conceito de “**Transtorno Psicossomático**”, pois abarcaria aquelas manifestações e continua sendo considerado muito útil por alguns.

Nossos livros de Psicopatologia têm deixado de lado as somatizações em geral e, em conseqüência, a semiologia imprescindível para a sua boa caracterização. E é exatamente aqui que uma avaliação insuficiente ou mal orientada pode resultar nas piores conseqüências. Já examinei um paciente cuja cefaléia, diplopia e outras manifestações tinham sido tratadas como somatização para uma posterior avaliação constatar a presença de um tumor cerebral. Aqui, a maior fonte para erros é a aplicação de um **critério negativo**: “*não têm isso; não têm aquilo, ENTÃO, trata-se de uma somatização!*”. Poucas condutas demonstram tanto a falência de uma semiologia, além de preguiça intelectual, é claro! Muita gente se esquece de duas possibilidades de erro nessas situações: 1- na avaliação aplicada; 2- pelo surgimento de algo desconhecido dos avaliadores. É bem verdade que a melhor conduta é sempre partir da investigação da hipótese cuja confirmação estaria associada às piores conseqüências. Feito isso, e não tendo sido encontrada qualquer condição orgânica associada, há que procurar por traços de comportamento e características típicas daqueles que sofrem de somatização. Praticamente todos apresentam tendência à:

- 1- **Teatralidade**- exagero na expressão das queixas, gestual típico e autocomiseração, além de imprecisão na localização e descrição das dores, por exemplo.
- 2- **Sugestionabilidade**- incorporação nas próprias queixas de tudo o que passa à sua volta de parecido com a sua sintomatologia inicial. Durante a avaliação, podemos sugerir migração de dores e outras manifestações.
- 3- **Conduta sedutora**- é também quase invariável a presença de atitudes e maneirismos infantis, assim como adulação e elogios fáceis à equipe, além de prazer em ter seu próprio corpo manipulado.

Adotando esses cuidados, muitos raros serão os erros nesse ponto. Para complicar um pouco as coisas, os pacientes com os traços assinalados não estão

proibidos de apresentar alguma doença grave. Nesse caso, entretanto---e aqui vai uma hipótese, uma vez que isso não foi investigado---imagino que sua tendência seria a sintonizar com a gravidade do problema e abandonar essas condutas. O pairar da morte costuma mudar muito as expressões das pessoas.

ORIENTAÇÃO

Definir **orientação** é um tanto redundante, mas necessário. Refere-se, no caso, ao meio implicando TEMPO e ESPAÇO. É óbvio que a capacidade de reconhecer os ambientes é imprescindível à boa orientação, mas existe a possibilidade de que alguém se oriente em locais completamente novos, desde que, para isso, disponha de mapas, por exemplo. Pode-se fazer a sua sub-divisão entre **alopsíquica**, referente basicamente ao tempo e ao espaço (local em que a pessoa se encontra e sua destinação social: hospital, escola, prisão, etc...) e **autopsíquica**, referente à orientação com relação a si mesmo e à sua própria história. Alguns primatas são capazes de reconhecer a própria imagem ao espelho e isso é imprescindível para que falemos em alguma CONSCIÊNCIA em relação ao próprio EU, como veremos adiante.

A perda da orientação, quando de natureza patológica, pode ter basicamente quatro origens: **apática, delirante, mnéstica e confusional**. A primeira é decorrente da perda de interesse em relação ao meio circundante e à vida em geral. Os dias são tão semelhantes e o paciente abdicou tanto de fazer projetos para a própria vida, que perdeu principalmente a orientação temporal. Acontece principalmente em quadros defectivos ou residuais das esquizofrenias, mas pode aparecer também em episódios depressivos de longa duração, e em síndromes apato-abúlicas.

As **desorientações delirantes** são pouco freqüentes, e podem surgir em esquizofrenias nas quais se verificam sistemas delirantes bem estruturados e

também em transtornos delirantes persistentes. A partir de uma necessidade imperiosa imposta para crença delirante original, o paciente pode julgar estar vivendo em outro tempo e até ser outra pessoa. Nessas circunstâncias, o mais provável é que ele apresente uma **dupla orientação**, ou seja, ao lado da crença delirante, caminha uma plena orientação na relação com o mundo circundante e à sua própria história. É o que diferencia esse acontecimento das personalidades alternantes. Quase que por definição, esse tipo de desorientação (dupla orientação esquizofrênica) tende a ser auto e alopsíquica. Examinamos, durante anos e em um hospital penitenciário, um paciente que dizia ser “*Jean Cristin*”, ter nascido na França e de outros pais. Ao mesmo tempo, porém, sempre que era chamado pelo seu nome, respondia e falava sobre sua história original.

As **desorientações mnésticas** se associam às síndromes amnésticas e às demências. Como o paciente apresenta uma impossibilidade de reter as informações recentes, tende a se desorientar continuamente, apesar dos esforços que porventura venha a fazer buscando orientação.

A **desorientação confusional** é consequência da obnubilação da consciência ou *delirium* os quais sempre se associam a um prejuízo difuso no funcionamento do SNC. Alguns autores costumam tratá-la como uma variante da desorientação mnéstica, pois consideram que, também em relação a ela, é o prejuízo da memória que a determina. Em termos semiológicos, diríamos que, na desorientação mnéstica não se observa a mesma desorganização da conduta com agitação psicomotora, nem o surgimento das mesmas vivências ilusórias e alucinatórias assustadoras que costumam ocorrer na desorientação confusional.

ATENÇÃO

As tentativas de definição da **atenção** resultam sempre em tautologias. C. Goás reuniu uma série delas produzidas por diversos autores, algumas das quais

recorrem à expressão “*um estado da consciência*”, a qual, por sua vez, carece de definição. É classicamente subdividida em **TENACIDADE**: dirigida ativamente a algo, por isso dita “**ativa**”; e **VIGILÂNCIA**: disparada em resposta a um estímulo qualquer. Por isso mesmo (e em oposição à outra) muito mal denominada “**passiva**”. Afinal de contas, não há nada mais ativo do que uma pessoa estar em “estado de vigilância” (Ver abaixo o conceito de “*Alertness*” ou nível de alerta). O bom funcionamento da ATENÇÃO, como um todo, implica um equilíbrio mais ou menos harmônico entre essas duas funções. A primeira é avaliada pela *capacidade de concentração de uma pessoa, ou seja: manter, por um tempo razoável, um esforço mental dirigido a algum objeto ou atividade, sem se deixar distrair por estímulos fortuitos*. Quando há um prejuízo marcante nessa função (associada à hipervigilância) dizemos haver uma **distraibilidade**, freqüente em episódios **hipomaníacos**, **maníacos**, nos **transtornos por déficit de atenção**, nos episódios de obnubilação e outros.

Já a boa **vigilância** é associada à *capacidade de uma pessoa de reagir e integrar momentânea e imediatamente eventos do meio circundante, aplicando algum “filtro seletivo” quanto à sua importância*. Como, em um mesmo momento, estamos submetidos a infinitos estímulos visuais, táteis, auditivos, propriosseptivos, olfativos, gustativos e outros, nosso compartilhamento de uma vida social e também a execução de tarefas, exigem que apliquemos---na maior parte das vezes inconscientemente---uma espécie de filtro a esses estímulos, principalmente se têm uma constância à qual nos adaptamos. Apesar de estarmos em contato permanente com um calçado, por exemplo, nele reparamos somente quando começa a nos ferir (*Leibniz*).

O bom funcionamento da atenção implica, à maneira do campo visual, a existência de um foco central e uma área ampla de integração de novos estímulos que possam, em algum momento, se tornar o foco principal da atenção. Assim, é imprescindível que tenhamos uma boa concentração em uma

conferência, mas também que estejamos prontos a identificar rapidamente um início de incêndio que, espera-se, deverá atrair imediatamente a atenção de todos. A excessiva reação aos estímulos do meio costuma se associar a uma queda na capacidade de concentração. Algumas atividades, porém, só são bem exercidas por aquelas pessoas que têm a capacidade de elevar as duas, sem que se prejudiquem mutuamente, como durante a regência de uma orquestra, por exemplo. Espera-se que, no curso das execuções e dos ensaios, o regente, a um só tempo, mantenha concentração elevada sobre a intenção musical, mas que também consiga rapidamente identificar as falhas individuais de “*performance*”.

Para aqueles casos nos quais se observam redução de ambas, aplica-se a denominação **hipoprossexia**, a qual pode ser observada em depressões graves, síndromes apatoabúlicas, estados defectivos das esquizofrenias e torpores de natureza mais propriamente orgânica.

Alguns autores se referem aos estados **autistas** em geral como cursando com **hipertenacidade e hipovigilância**. Para o autismo associado às esquizofrenias, esse raciocínio nos parece completamente equivocado, pois, como o dissemos, a tenacidade **implica um esforço mental dirigido ativamente a alguma coisa ou evento**, e, na verdade, o que se passa com aqueles pacientes é que eles estão entregues a inúmeras experiências sobre as quais não têm controle algum. Já para alguns casos de autismo consequentes à *Síndrome de Asperger**, somos obrigados a aceitar a caracterização da hipertenacidade, uma vez que é possível até mesmo mensurar o grau de esforço mental por essas pessoas realizado na atividade que é associada ao seu “desligamento” do meio circundante. Por outro lado, como são muito sensíveis a qualquer modificação no meio ambiente, não me parece razoável falar em

* Tipo de autismo não tão grave quanto os descritos por *L. Kanner*, nos quais se observa a preservação de algumas habilidades e, até mesmo, um rendimento muito elevado em algumas delas, como por exemplo, em relação à música, à aritmética, à memória e outras..

hipovigilância nesses casos. O estudo dessas condições ainda está em seus primórdios.

Parece-nos completamente equivocada a caracterização como uma “elevação da atenção” (no sentido da hipertenacidade) a tendência de pacientes obsessivos e hipocondríacos a manter sua atenção dirigida aos seus sintomas (C. Goás). Primeiro, porque isso se dá de forma não intencional, enquanto a tenacidade implica atenção dirigida intencionalmente; segundo, porque é uma característica de qualquer sintoma a mobilização **passiva** da atenção daquele que o sofre.

Se a “velha” **Psicopatologia** sempre tratou a **Atenção** como um tema de segunda importância, nas mentes e mãos dos modernos **neuropsicólogos**, ganhou uma importância enorme. Primeiro, porque a avaliação de todas as demais funções depende de sua função e nível de funcionamento (MATTOS) e, segundo, porque ela parece ser a função mais sensível às lesões cerebrais em geral, mesmo em relação àquelas aparentemente sem importância. A consequência ruim desse fato foi que os pesquisadores do tema fizeram uma verdadeira “*tabula rasa*” em relação a todo o conhecimento acumulado e, mais grave ainda, como que “*exorcizaram*” o tema de toda a terminologia utilizada até então, como se ela fosse uma espécie de “*doença contagiosa*”. Palavras como: **tenacidade, vigilância e concentração** foram simplesmente abolidas dos seus livros e artigos. Isso seria razoável, se a terminologia antiga fosse inadequada e se a nova proposta fosse mais clara e objetiva. Estamos convencidos de que esse não é o caso. A tenacidade, ou capacidade de concentração, por exemplo, foi substituída por “*sustentação*”, a qual, convenhamos, diz muito menos acerca do conceito, até porque, exige o complemento: “...*da atenção*”, desnecessário para a tenacidade. Já em relação à vigilância, a substituição foi ainda pior: “*ativação fásica*”, expressão que não diz absolutamente nada a respeito do fenômeno que busca denominar. Parecem

não saber o significado de FASE sempre associado a um movimento circular de uma circunferência dividida em gomos como na geração e transmissão de energia elétrica. Dizer, por exemplo: “estou em uma boa fase” é antecipar uma queda logo ali adiante.

De qualquer forma, aqueles mesmos pesquisadores desenvolveram alguns novos conceitos que nos parecem da maior importância: “**alertness**”, por exemplo, mal traduzido para “**ativação**”, uma vez que se refere ao **nível de alerta**, expressão bem mais adequada, diga-se de passagem. Haveria uma variação fisiológica em *continuum*, desde a sonolência até situações muito especiais, como as citadas dos regentes de orquestra. O conceito de **seletividade** da atenção também nos parece bastante útil e se refere à capacidade de processar alguns estímulos do meio, deixando outros como que “suspensos”, tendo em vista a incapacidade da mente humana para lidar com todos os estímulos a um só tempo. **Alternância** corresponderia à capacidade de alternar e/ou variar o **esforço** de atenção de um estímulo a outro, implicando flexibilidade. Diferentemente da **distraibilidade**, entretanto, a pessoa consegue executar satisfatoriamente múltiplas tarefas simultâneas. O melhor exemplo para essa capacidade nos parece ser o dos enxadristas que disputam partidas simultâneas. Muito bom nos parece ser também o conceito de **amplitude da atenção (Span)**: tanto maior em um indivíduo, quanto maior a “quantidade” de estímulos apreendida mentalmente, depois de uma apresentação única de um estímulo qualquer.

IV-A CONSCIENCIA DO EU

Da mesma forma que existe uma consciência em relação aos objetos e ao meio circundante, podemos falar também em uma consciência do indivíduo em relação a ele mesmo: a **Consciência do Eu**. Há, sem dúvida, uma superposição

desse item em relação à orientação autopsíquica, mas pensamos que se justifica tratar do tema isoladamente. Foi *K. Jaspers* quem descreveu os quatro atributos que caracterizam essa consciência plena em um indivíduo:

1- IDENTIDADE: sei quem sou; conheço minha própria história; o que sou hoje foi uma evolução daquilo que fui ao longo do tempo, como resultado da minha ação sobre o mundo e da ação do mundo sobre mim.

2- UNIDADE: sei que sou apenas um e que sou também um ser que luta para integrar aquilo que experimenta mantendo essa unidade.

3- OPOSIÇÃO: sei que vivo em um meio, mas também que, apesar de fazer parte desse meio, tenho algo que dele me diferencia, e que caracteriza a minha individualidade, existência e ação sobre o mundo. Apesar de sofrer infinitas ações e tentativas de “invasão” por parte do meio, consigo diferenciar aquilo que é “meu Eu” daquilo que é o “não Eu”.

4- ATIVIDADE: sei que tudo o que fiz, fui eu mesmo quem o fez. Apesar de, frequentemente, não saber o porquê de muitos dos meus atos, não duvido de que o que fiz passou por algum julgamento meu mesmo e pela minha própria consciência de tê-lo feito.

A aplicação de um mínimo de sutileza na crítica a esses critérios, porém, mostra de imediato, o quanto esses atributos são relativos e contingentes: sou um, é verdade, mas, antes de tudo, sou dividido, pois, se assim não fosse, certos dos comportamentos humanos, o suicídio e os dramas morais, por exemplo, seriam impensáveis. Sei quem sou, mas também é verdade que me surpreendo comigo mesmo e com os atos que posso chegar a realizar. Sou diferente do meio que me circunda, mas ele está sempre “me invadindo”. Sei ainda, que não poderia viver sem as bactérias que habitam meus intestinos, cujo conteúdo está, ao mesmo tempo, dentro e fora de mim. Por fim, se é verdade que tenho consciência dos meus atos, frequentemente os realizo de maneira quase automática, deixando-me influenciar por outras pessoas. Essas considerações,

entretanto, não retiram daqueles critérios sua grande utilidade. Sim, apesar de o EU individual e isolado ser uma ficção (Nietzsche em AURORA), há um EU e não é a RAZÃO que lhe confere unidade, como veremos adiante.

No que se refere ao quando aplicar as expressões: **desorientação auto-psíquica** ou **distúrbio da identidade do eu**, diríamos que se foi consagrada a prática de aplicar a primeira aos quadros nos quais se suspeita de uma condição orgânica de origem identificável. Assim, um demente, no princípio de seu processo, mantém a orientação em relação a si próprio e tende a perder a orientação em relação ao meio. Com o agravamento do processo, porém, há a tendência à perda até mesmo da sua orientação auto-psíquica. Já a avaliação dos atributos da Consciência do Eu, e quando neles caracterizamos pelo menos um distúrbio, isso indica que estamos defronte de um quadro psicótico grave, na maior parte das vezes de natureza esquizofrênica (embora também possam estar presentes nas depressões maiores que cursam com a *Síndrome de Cotard*: sensação de estar morto, de estar apodrecendo, de não mais existir).

Muito raramente, podem-se também verificar distúrbios da consciência do Eu em quadros orgânicos. Vimos uma paciente jovem ser tratada como esquizofrênica (até que fosse bem caracterizada a presença de uma encefalite viral) que apresentava vivências de transformação corporal as quais a levaram a apresentar até mesmo aquilo que ficou conhecido por “**sinal do espelho**” (auto-observação continuada, com o objetivo de verificar visualmente as sensações de transformação corporal). Sensações e sentimentos de estranheza são muito freqüentes no início das esquizofrenias e é justificável a suspeita de que se associam a alterações no que poderíamos chamar “estrutura do Eu”.

São sintomas e sinais na esfera da Consciência do Eu, além dos que já falamos: **vivências de influência**: sensação de que seus atos são comandados de fora; **publicação do pensamento**: sensação de que seus próprios pensamentos podem ser conhecidos sem que seja necessária a sua comunicação verbal.

Também a maior parte das **vivências telepáticas** deve ser aqui incluída (embora existam algumas nas quais a componente simbólica é mantida); **o roubo ou subtração do pensamento**: sensação de que alguém, ou alguma entidade mística se apoderou do seu pensamento; a **obediência, automática ou não, a alguma alucinação auditivo-verbal**; algumas das **alucinações cenestésicas**: alucinações do esquema corporal, associadas ou não à sensação de que outras pessoas ou entidades podem invadir ou manipular estruturas internas do seu próprio corpo. Todos esses fenômenos seriam determinados pela desestruturação de um EU.

Não apreciamos a inclusão neste capítulo dos transtornos dissociativos, conversivos e dos estados de transe ou hipnoides em geral. São de natureza por demais diferentes dos assinalados acima, não ultrapassando os limites do simbólico. Além disso, as manifestações verificadas nesse tipo de condição fazem parte de um “jogo de interação social”, ou seja, mais se referem a uma espécie de “proteção do Eu”, do que a um prejuízo na sua estrutura. Por isso mesmo, o sintoma implica intenção, ainda que inconsciente, de “controle” sobre o meio.

V- A FALA E SEUS DISTÚRBIOS

Alguns autores preferem intitular este capítulo, “**Linguagem**”. É um erro. A linguagem abrange diversos códigos simbólicos possíveis de comunicação: de escrita, gestuais, musicais, matemáticos e outros. Ou seja: há inúmeras linguagens. A fala é apenas uma delas: a mais recente, a mais frágil e a mais facilmente falseável (Nietzsche).

Na avaliação da fala, importam principalmente:

- 1- **Volume**- tendo sempre em vista aquela ampla faixa de normalidade e assinalando como um sinal apenas as manifestações extremas, nas depressões (muito baixo) e síndromes maníacos (muito alto), por exemplo. É muito discutível se a **mussitação**: paciente movimenta os lábios como se falasse, mas sem emitir sons audíveis, pode ser classificado entre os distúrbios da fala. Podem simplesmente se tratar de **estereotípias de movimento**. A mãe de um paciente chegava a colar o ouvido à sua boca e mesmo assim, nada conseguia ouvir.
- 2- **Articulação**- aquilo que chamamos sotaque depende principalmente da forma de articular os fonemas em cada região. As diferenças entre o português falado em Portugal e no Brasil são disso o melhor exemplo. Muitas condições clínicas perturbam a articulação dos sons. O exemplo quase universal é o do efeito do álcool (e outros depressores corticais) provocando aquilo que conhecemos por “língua pastosa”. **Tremores** também podem afetar a articulação dos sons. Nas demências, é muito comum o surgimento nelas de **palilalia**, repetição automática da última palavra pronunciada e da **logoclonia**, repetição das últimas sílabas pronunciadas. Para não me alongar demais em tema mais afeito à neurologia, é bom lembrar que as discinesias (idiopáticas, tardias ou de retirada) quase sempre provocam distúrbios na articulação dos sons e a fala ES..CAN..DI..DA nas lesões cerebelares.
- 3- **Prosódia**- implica a expressão dos AFETOS através da fala. Está mais associada ao funcionamento do H. Direito e as crianças e animais quase que somente a ela respondem, também afetivamente. O melhor exemplo para uma dissociação importante entre a prosódia e a palavra fria é a escrita muito repetida pelo “Profeta Gentileza”: “AMORRRR”. As esquizofrenias residuais cursam quase sempre com uma **hipoprosódia**:

ausência das variações na expressão, dependendo da temática referida.

Hiperprosódia é a forma típica de expressão dos **histriônicos**, desde os atores exagerados da Roma antiga e aplico o termo apenas para as situações ligadas a **artifícios e exageros intencionais na comunicação**.

Não o aplico para síndromes maníacos, por exemplo.

- 4- Desgaste do aparelho fonador-** por anos, observei rouquidão aguda e/ou crônica associada a uma história de Trans. Bipolar do Humor. São típicos também: **volume aumentado**, **logorréia** (falar muito e de maneira incontrollável) e **taquilalia** (falar de maneira excessivamente rápida, até a “pressão da fala”, como se houvesse um êmbolo). Todas essas características são associadas àquele desgaste. Até intuitivamente, esse dado era utilizado na avaliação diagnóstica. Urgia que ganhasse “status oficial” tornando-se item de avaliação.

As **AFASIAS** implicam um prejuízo importante na capacidade de se comunicar verbalmente. Decorrem de lesões cerebrais bem demonstráveis. Vamos nos limitar a falar das mais comuns. Nas **afasias motoras**, a área motora do lobo frontal esquerdo (*de Broca*) está comprometida. O paciente entende o que houve e sabe o que quer comunicar, mas não o consegue pelo descontrolo da musculatura da fonação.

Outro tipo de afasia, decorrente de lesões nas áreas de **compreensão da fala** (região pósterio-superior do lobo temporal esquerdo, ou de *Wernicke*) foi denominada “**sensorial**”. A oposição automática: “**motora ‘vs’ sensorial**” foi aqui simplesmente desastrosa. Que a linguagem popular se refira a uma “água doce”, em oposição à salgada, é até natural, além de gerar uma bela expressão (a partir da pergunta de uma criança: “Onde fica a água doce?”). O mesmo não é aceitável, porém, na linguagem científica. O resultado teria sido muito melhor se tomassem a incapacidade verificada como referência: **afasia por**

incompreensão ou “**afasia-agnósica**”. Outra denominação desastrosa por ela recebida foi “**afasia fluente**”. Alegação sua justificação: em oposição à outra, o paciente pode falar. Como, entretanto, não compreende o que fala, não se faz compreender ou sequer consegue repetir o que lhe é solicitado, não apresenta fluência alguma. Não temos o direito de violentar dessa forma a linguagem consagrada. Para qualquer pessoa, ser fluente em uma língua implica falar bem: sem interrupções e com clareza. Há uma variação importante na gravidade desse tipo de afasia; havendo ainda intromissão de sons e fonemas inadequados, além de prejuízo na prosódia.

Os assim chamados **solilóquios** (falar sozinho) não devem ser tratados como distúrbios da fala. Em alguns casos extremos de desorganização da atividade psíquica, certos esquizofrênicos podem falar como se o fizessem em uma língua completamente desconhecida, e esse fenômeno é denominado **glossolalia**. Examinei também pacientes em estados dissociativos que falavam uma “língua” completamente diferente das mais conhecidas. É, aliás, relato muito freqüente o de pessoas que, durante transes mediúnicos, se comunicam, ou tentam, dessa forma. A ausência total da fala (não voluntária, pois, nesse caso, não se lhe poderia classificar necessariamente como patológica), é denominada **mutismo** e acontece em **estupores** em geral.

A **coprolalia**, o discurso entremeado com obscenidades incontroláveis, é comum em pacientes que sofrem de Transtorno de *Tourette*. A **jargonofazia**, ou **salada de palavras**, talvez melhor fosse classificada nos transtornos do pensamento, uma vez que não é associada a distúrbios de articulação, volume ou prosódia, dos sons. Da mesma forma, consideramos que a **ecolalia**, tendência a repetir a fala do entrevistador de forma automática, melhor se inclui entre os transtornos da Vontade e/ou Consciência do Eu. Já os **neologismos**, formação de vocábulos novos ou atribuição de significados muito particulares a vocábulos conhecidos, devem ser estudados entre os transtornos do pensamento.

VI- O PENSAMENTO, A LINGUAGEM E SEUS TRANSTORNOS

Foi através da sua capacidade de pensar que o único ser racional até hoje conhecido se tornou, para seu próprio benefício e risco, senhor do planeta Terra. Isso só foi possível em consequência da nossa capacidade de fazer abstrações a partir do mundo concreto e de criar conceitos. Há que diferenciar **definir de conceituar**. Na primeira, realizamos um enorme esforço para abarcar com palavras aquilo que a natureza nos apresenta, de maneira a dar um fim (*finire*) a um problema qualquer. Já **conceituar** implica uma criação do pensamento humano que serve de instrumento para elevar nosso controle sobre a natureza e o meio em geral. Assim, é possível criar um conceito para cor em geral: *sensação/percepção disparada pela ação das ondas luminosas, nos seus mais diversos comprimentos, sobre o cones e bastonetes das retinas*. Já com relação a uma cor específica, a um sabor qualquer, ao timbre de um som é impossível uma definição. O máximo que conseguimos, é a sua **representação** e, quando muito, a sua comparação com outros que achamos parecidos. Com isso, aumentamos a comunicação de suas propriedades, mas estamos longe da sua **redução a palavras**.

Durante muitos anos, resisti a aceitar a importância que a maioria dos autores dá ao tema “LINGUAGEM” em Psicopatologia. Até porque, ora a confundiam com a fala, ora com o pensamento, criando uma enorme confusão. Até que um dia, em discussão com residentes, dei-me conta: quando dizemos estar avaliando o pensamento de alguém, estamos, em verdade, falando da

expressão desse pensamento, ou seja, da sua **linguagem**. A rigor, o único pensamento que nos é dado avaliar diretamente é o nosso mesmo e mesmo assim com limitações diversas. Em relação ao dos outros apenas inferimos o pensamento que teria gerado aquela linguagem.

A capacidade de definir e conceituar permite à razão “tomar posse” da natureza que a rodeia, pois não mais precisa da presença constante dos objetos concretos para exercer sua atividade. Considera-se hoje, que os animais mais desenvolvidos produzem rudimentos de pensamento, os quais, porém, não ultrapassam o concreto e a ele estão aprisionados. No que se refere ao estabelecimento de relações de causa e efeito, o máximo que alcançam é a relação temporal entre fenômenos, ou seja, o **reflexo condicionado**. Assim, dois fenômenos que costumam se seguir um ao outro, serão percebidos como causa e consequência necessariamente. Já **julgar** implica decidir, selecionar, eliminar, hierarquizar, entrechocar os conceitos e representações durante a operação de pensar com um objetivo qualquer.

É através da nossa capacidade de **generalizar** que conseguimos classificar (objetos, seres vivos, fenômenos, etc...) a partir de algumas características fundamentais por eles compartilhadas. Também os animais têm alguma capacidade de generalizar. Uma anta, por exemplo, apesar de nunca antes ter visto um leão, concluirá imediatamente que ele a devorará e dele tentará fugir, pois reconhecerá nele algumas das características que fazem da onça seu principal predador. **Raciocinar** significa subdividir um problema qualquer, de maneira a melhor poder resolvê-lo. O modelo de sua aplicação encontra-se no raciocínio matemático, mas a verdade é que o aplicamos também às situações da vida cotidiana. Já a capacidade de **imaginar** será tanto maior, quanto maior for o número de conceitos, representações (visuais, sonoras, etc) e associações feitas a partir de um estímulo qualquer. Embora o termo nos remeta à capacidade de forjar imagens, ele ultrapassou em muito essa limitação e hoje

se refere ao potencial criador de cada um. Não há criação sem alguma capacidade de imaginar, mas o excesso de imaginação não se associa, necessariamente, à maior criatividade.

A **intuição** refere-se à capacidade de antecipar resultados, consequências, conclusões, juízos, etc. sem que a pessoa consiga reproduzir, de forma consciente, todas as etapas do processo pelo qual sua mente teria passado até chegar àquele resultado. Talvez não seja de todo inútil assinalar: todos os processos mentais que envolvem o pensamento propriamente dito têm como objetivo dominar e controlar o meio circundante através da compreensão.

Muito já se discutiu quanto à dependência ou não do pensamento em relação às palavras, principalmente porque havia a necessidade do recurso a elas para a sua expressão. Basta que nos lembremos da existência do pensamento **musical** e do **matemático**, que têm suas linguagens muito particulares, para nos darmos conta do quanto a redução do pensamento às palavras é inadequada. Hoje, o que se discute é se o pensamento necessitaria ou não de **alguma linguagem simbólica** qualquer. Alguns chegam mesmo a falar de um pensamento inconsciente, o que consideramos um exagero. Considero um erro falar em pensamento como dependente da Razão. Isso implicaria aceitar a origem desta a partir de algum “ente superior” (“à imagem e semelhança”) e não como resultado da EVOLUÇÃO. Na base de tudo estariam os **sentimentos**: *“Uma ideia é um sentimento que, por vezes, demora muito a se configurar”* (Dostoiévski, “O Adolescente”).

O estudo da expressão do pensamento obrigou sua subdivisão em: **curso, forma e conteúdo**, com seus transtornos correspondentes. Essa não é certamente, e do ponto de vista da filosofia, a melhor maneira de subdividir e classificar o pensamento em geral. Afinal, a LÓGICA (e sua falta) que usamos para julgar conteúdos, é sempre associada à FORMA, pois ela não produz conteúdos, apenas discute relações. Por isso mesmo é chamada “lógica formal”.

Na psicopatologia, entretanto, a lógica é uma referência para o item que avalia os CONTEÚDOS e é através da sua aplicação que classificamos como delirantes muitos dos juízos falsos com que trabalhamos. Assim, os transtornos do pensamento/linguagem podem se classificados:

QUANTO AO CURSO– Nesse item devem ser avaliadas: se a pessoa dá início espontaneamente à expressão de pensamentos; em que **velocidade** isso se dá; se tem **continuidade ou não** e se sofre **interrupções não voluntárias**. Pensamentos expressos em alta velocidade, de forma atropelada e sem o cuidado de ouvir o interlocutor é uma das manifestações cardinais da **síndrome maníaca**, independentemente da sua etiologia. Há diversas gradações na sua expressão e a mais extrema é denominada **pressão da fala**: a fala/pensamento se dá como se obedecendo a um êmbolo pressionado permanentemente. Esse fenômeno foi indevidamente chamado genericamente **aceleração do curso do pensamento**. A analogia com o movimento dos corpos sugere elevação gradual da velocidade e não é o que ocorre. Melhor seria dizer simplesmente **pensamento em velocidade aumentada**. Já o seu **alentecimento** ou **lentificação patológicos** é típico das depressões. Pode, entretanto, ser também nas demências, nas *síndromes parkinsonóides*, nas esquizofrenias e até em certas obnubilações da consciência.

Do ponto de vista da **continuidade da expressão do pensamento**, deve ser aqui incluída a demora no seu disparo, ou seja, **as latências aumentadas de resposta**, uma vez que implicam, necessariamente, a perda de continuidade de um diálogo, fenômeno que se verifica com frequência entre esquizofrênicos. É associada a um distúrbio da **atenção** decorrente do mau funcionamento das porções *dorso-laterais dos lobos pré-frontais*.

Uma súbita perda da continuidade do discurso pode ocorrer a qualquer um. Nesses casos, porém, o mais típico é que a própria pessoa se queixe do acontecimento, dizendo coisas como: “*onde é que eu estava mesmo?*”; “*não sei*

onde estou com a cabeça”; *“me perdi completamente”*. O que se passa com o paciente esquizofrênico, nesses casos, costuma ser muito diferente: um vazio na expressão fisionômica e **ausência** de um esforço específico para reencontrar o *“fio do discurso”*. Isso é determinado pela perda da referência do outro. É sempre bom lembrar que a própria origem da linguagem é SOCIAL e que, com frequência, essa função se perde entre esquizofrênicos. Alguns pacientes obnubilados também tendem a interromper subitamente seu discurso. Nesses casos, contudo, a **expressão de perplexidade** é óbvia, além do fato de apresentarem desorientação temporo-espacial. É bom também que não nos esqueçamos, de que diante de fortes emoções, podem-se observar alguns fenômenos semelhantes àqueles descritos acima. O desafio do bom investigador é fazer a sua distinção. Para isso, a intuição também pode ser um instrumento de investigação, desde que o investigador não se satisfaça com ela. Afinal, o **estranhamento** em relação a uma situação qualquer costuma ser o primeiro passo para a abertura de um novo caminho em uma investigação.

O fenômeno essencial do pensamento esquizofrênico é a **perda da sua função social primordial**. Assim, uma pessoa que perde o “fio do pensamento” de maneira eventual, dá-se conta do fenômeno, faz observações em relação a isso, interage de forma irônica, envergonhada, inconformada, etc..., dependendo das características de cada um, enquanto o esquizofrênico transmite a impressão de estar passivamente entregue a algumas experiências totalmente individuais e geradoras de conduta **autista**. Mesmo suas referências a “vazios” ou sugestivas da ocorrência de **“roubo ou subtração” do pensamento**, costumam se dar *a posteriori* e, na maior parte das vezes, a partir das solicitações de entrevistadores interessados em saber a origem do súbito silêncio.

QUANTO À FORMA DO PENSAMENTO – Aqui, referimo-nos à capacidade de encadear as palavras e idéias, no sentido de bem se fazer

compreender, independentemente dessas idéias seguirem princípios lógicos ou não e até mesmo na vigência de verdadeiros absurdos. Assim, pode um paciente delirante dizer que está ao mesmo tempo em dois lugares, apresentando argumentos totalmente ilógicos, porém claros e bem articulados para sua justificação. Nesse caso, não podemos falar na existência de distúrbios da forma do pensamento, apenas do seu conteúdo.

Não será demais aqui repetir que, do ponto de vista da filosofia e desde *Aristóteles*, a Lógica é considerada puramente formal, ou seja, *não se refere a conteúdos* (ao contrário do que fazemos na semiologia do pensamento): “*A lógica geral (...) abstrai de todo conteúdo do conhecimento e espera que, em outra parte qualquer, sejam-lhe dadas representações, a fim de transformá-las em conceitos.*” **Kant** – “**Crítica da Razão Pura**”, parágrafo 10.

Para facilitar nossa semiologia, e na medida em que nosso interesse não está em avaliar a profundidade ou abrangência dos pensamentos, mas apenas o seu respeito às leis mais fundamentais da Lógica, como, por exemplo, às relações de causa e efeito entre os fenômenos e sua situação no tempo e espaço, deixamos para fazer a aplicação de uma análise lógica no item **Conteúdo do Pensamento**.

A denominação **Fuga de idéias**, fenômeno muito comum nas síndromes maníacas, é completamente indevida, apesar de consagrada, pois gera a impressão de que as idéias “*fogem*” da cabeça do paciente (o que o aproximaria do pensamento esquizofrênico). Sempre que pergunto a alguém que desconhece o tema completamente, a associação com as “idéias fugindo da cabeça” se repete. Em verdade, é o paciente quem, com frequência, abandona a idéia principal (ou seja, dela “*foge*”) sem a completar. O mais comum, é que o paciente seja desviado do tema por outra idéia associada a partir de outro **significado** aplicável a uma palavra (ou sigla): uma paciente que trabalhava na casa de um representante diplomático, ao pronunciar a palavra “*cônsul*”, passou

a falar e geladeiras e suas diversas marcas. Outra ao falar em cabo de vassoura disparou: “cabo, tenente, capitão”. Também os sons semelhantes de fonemas ou ruídos à volta podem mudar completamente o caminho de uma fala: assisti o ruído de uma cigarra disparar uma imitação seguida de um pedido de cigarro (**por assonância**). É comum também que, subitamente, o paciente comece a cantar uma canção cujos versos são associados ao tema abordado, ou aos sons de seus fonemas.

A assim chamada **fuga de idéias** deve ser entendida como uma consequência natural do aumento exagerado da velocidade de expressão do pensamento e sua comparação da “produção do pensamento” com uma linha de produção fabril, talvez facilite o entendimento do fenômeno: a partir do aumento progressivo da velocidade da esteira, haverá de chegar um ponto no qual, inevitavelmente, a desorganização da produção acontecerá. É bom lembrar que há pacientes que conseguem manter as associações apesar da velocidade muito aumentada da sua expressão.

É no terreno da **forma de expressão do pensamento** que se encontram as manifestações tipicamente associadas ao que ficou conhecido por “**Pensamento Esquizofrênico**”. Todas elas relacionadas àquela mesma **passividade** já referida. É o que se pode depreender do que diz **Carl Schneider**, aquele mais avançou na compreensão do processo esquizofrênico em geral e da sua maneira de pensar em particular: a **desagregação do pensamento** não corresponderia a uma mera perturbação (ou incapacidade) no processo associativo dos pacientes, como faz pensar a formulação de E. Bleuler. Antes, é vinculada a estranhos arranjos de relação que se estabelecem mediante resíduos de pensamentos pertencentes a outros ciclos, os quais são configurados sem estruturação racional e sem **finalidade de comunicação social**. O paciente, então, “**fala por**

falar”, de forma **irresponsável**, sem interesse na comunicação*. É a isso que nos referimos quando dizemos que os distúrbios formais do pensamento decorrem de **passividade** (paciente tornado um joguete das próprias associações, às quais não consegue dar finalidade ou sentido) também marcante em outras esferas do funcionamento mental, como veremos adiante. Ampliando a discussão para outras esferas da expressão, costumo dizer que se identificamos, por parte do paciente, algum esforço de controle ou influência sobre meio, o diagnóstico de esquizofrenia deve ser revisto, **por mais bizarras que possam parecer suas condutas e falas**. Esse tem se mostrado um excelente instrumento semiológico em revisões diagnósticas.

Voltando ao PENSAMENTO, podem ocorrer **fusões**: justaposição incompreensível de conteúdos sem sentido; **descarrilhamentos**: nos quais a linha de pensamento (imprescindível ao conceito e denominação) se perde e extravia sem que consigamos identificar alguma associação que pudesse justificar o fenômeno (caso contrário, seria o que mal se denomina “fuga de ideias”); **circunstancialidade**: aquela mesma passividade se faz presente pelo preenchimento do discurso com conteúdos irrelevantes, além da incapacidade de efetuar um esforço de bem completar uma idéia qualquer; **roubo ou subtração** (de novo a **passividade**): sensação de que outras pessoas ou entidades místicas invadem e retiraram o pensamento de sua mente; **interceptação ou bloqueio**: certeza de que alguma força externa fez paralisar a atividade mental dirigida ao arremate de alguma idéia.

Aquilo que foi denominado **pensamento super-inclusivo** é de difícil diferenciação em relação à circunstancialidade, embora nele exista importante componente de **atividade dirigida**. O melhor exemplo foi o de uma paciente

* * Quando Freud afirma (“O Inconsciente”), que a libido do esquizofrênico “...se retrai em direção ao Ego, suprimindo a carga dos objetos”, parece estar dizendo o mesmo. Suas palavras, entretanto, sugerem ser um ato deliberado. Tudo leva a crer, porém, que essa retração representa apenas um fracasso e parece ser o fenômeno esquizofrênico por excelência. Também K. Conrad diz algo muito semelhante: “A volta ao eu...(que ocorre) na apofania se transforma em um aprisionamento do eu”.

que julgava haver sofrido uma intervenção médica indevida para abortar um feto que, em verdade, nunca existira. Depois de condenar a “máfia médica”, passou a condenar a “máfia dos militares”; a máfia do “colarinho branco” e outras tantas de que foi se lembrando. Por fim, quando se verifica a emissão de um amontoado de fragmentos de idéias, dizemos estar diante de um **pensamento embolismático** (*Jaspers*). O muito falado, mas pouco visto, **eco do pensamento** (muito melhor chamado **sonorização do pensamento**, pois *eco* sugere a ocorrência em dois tempos, coisa que não acontece), foi também muito valorizado por *K.Schneider* para o diagnóstico das esquizofrenias. Em todos os poucos casos nos quais o conseguimos bem caracterizar, aquele diagnóstico se confirmou. O paciente sofre da muito desagradável sensação de que “ouve” aquilo que pensa, “dentro” da própria cabeça e, talvez por isso mesmo, não o confunda com o que ouve realmente a partir do meio circundante.

Um importante equívoco que julgamos ter sido cometido por *Bleuler* na avaliação do pensamento esquizofrênico foi a valorização que fez da diminuição da sua **capacidade associativa**, tratando-a como uma coisa em si. Muita mistificação se fez em torno disso. De qualquer maneira, é possível a feitura de um “*espectro da perda de capacidade associativa*” que variaria desde a **fragilidade dos nexos associativos**, em um extremo, até a “**salada de palavras**” (ou até mesmo a emissão de fonemas esparsos), no outro, passando pelo **pensamento tangencial**, aquele que passa ao lado, sem atingir um alvo plenamente, pela **dissociação do pensamento** e pela sua **desagregação extrema**. Muitos autores modernos têm tentando resgatar a formulação de *Bleuler* a partir da excessiva valorização dos transtornos **cognitivos** que surgem nos esquizofrênicos (*HARVY and SHARMA*). A observação assinalada no capítulo sobre a **Consciência**, entretanto, de que a “ideia” nada mais é do que a expressão de uma intenção ou desejo (ainda que não tornado consciente até o momento do surgimento da idéia) deveria ser suficiente para que não as

considerássemos (as ideias) entidades isoladas, ou mesmo fundamentais. *Kurt Schneider* sequer incluiu os transtornos da associação entre os seus **sintomas de primeira** ou mesmo **de segunda ordem** para o diagnóstico das esquizofrenias e a importância dada aos critérios de *Bleuler* levou a muitos erros diagnósticos até o advento do DSM III, no qual os critérios de *Schneider* foram muito valorizados.

Henri Ey nos parece incorrer no mesmo erro, quando diz, a respeito da **glossolalia** (fala totalmente incompreensível: uma “língua desconhecida”) quando surgia em esquizofrênicos: “Às vezes, os doentes brincam com a gramática e com a sintaxe”. Estamos certos de que quem **brinca** dessa forma com a língua está muito ATIVAMENTE tendo controle sobre o meio e visando certos efeitos. Provavelmente aqueles pacientes sofriam de outra condição que não esquizofrenia. Além disso, aquela sentença sugere propensão a se tornar poeta ou outro “profissional da palavra”; aqueles que brincam mesmo com as palavras. Toda ênfase Aqui dada à PASSIVIDADE não nos deve fazer concluir que os **conteúdos** apresentados pelos esquizofrênicos graves são aleatórios e sem relação entre si, apenas que sua associação se dá completamente à sua revelia.*

O instrumento aplicado por *Carl Schneider* (novos arranjos de relação) parece-nos muito superior ao de *Bleuler*, pois, dentre outras coisas, ajuda-nos a diferenciar os fenômenos esquizofreniformes de outros distúrbios das associações: a **fuga de idéias**, por exemplo. Nesses casos, as associações que levam o paciente a abandonar a idéia principal costumam ser identificadas e na **desagregação**, não. É bem verdade, porém, haver episódios maníacos tão graves e com tanta velocidade de expressão do pensamento, que a semiologia exclusivamente psicopatológica pode ser insuficiente para a feitura de um

* O conceito de *passividade* que estamos aqui aplicando para estudar as manifestações esquizofrênicas não é original: “*O enfermo reage...de modo passivo ante o mundo: está passivamente no mundo*”, *K. Conrad*. Temos a impressão de que não há obra mais completa na abordagem das esquizofrenias. Com relação ao “aleatório”, *Spinoza* já afirmara não haver nada totalmente aleatório na natureza, nem mesmo nas produções dos loucos.

diagnóstico. Quando isso ocorre, outros dados obtidos no exame e observação da EVOLUÇÃO poderão pesar mais na sua atribuição do que a simples avaliação do pensamento.

É impossível ser completamente fiel na reprodução de um transtorno formal do pensamento, a menos que o anotemos no exato momento no qual ele se expressou e tentemos evitar aplicar qualquer esforço de “compreensão”, pois terminamos por preencher as lacunas do discurso. Lembramo-nos de inúmeros conteúdos delirantes, mas somos totalmente incapazes de reproduzir fielmente as palavras e sua sequência quando não vinculada a conteúdos. Por isso, no início da atividade docente anotava as palavras dos pacientes enquanto eram entrevistados por alunos. Muito tempo depois de ter abandonado a prática, voltei a adotá-la. Assim, uma resposta: *“Eu morava com o meu marido”* à pergunta: *“Quanto tempo você ficou no emprego?”*, nos parece um bom exemplo para uma **pararresposta**, ou, literalmente, uma *“resposta ao lado”*. Embora alguns possam ter aqui identificado uma resposta **disparatada**, conseguimos perceber uma relação entre as duas sentenças, pois costuma existir uma relação entre o fato de uma mulher trabalhar em casa de família (como era o caso) e de morar com o marido. De qualquer maneira, e isso nos parece o mais importante, a expressão do pensamento, nesse caso, perdeu a sua função primordial de comunicação social. Na mesma entrevista, colhemos também um bom exemplo para uma **dissociação do pensamento**:

“---Minha cunhada usou minha filha para engravidar do meu irmão...Eles enfiam o dedo nela....Minha filha nasceu branquinha...Cheia de medo, mas só que agora ela é morena.”

---“Qual a relação entre alguém ser branquinho e ser cheio de medo?”

...(Depois de um tempo bastante longo)...

---Não sei! O senhor está confundindo a minha cabeça.”

Com toda a certeza, a frase “...*confundindo a minha cabeça...*” tentava expressar a total incapacidade da paciente de desenvolver o esforço mental necessário para dar alguma organização ao que falava.

Na separação entre **dissociação** e **desagregação** do pensamento, um bom critério é observar se as sentenças giram em torno de um mesmo tema, ou se misturam temas muito variados. Assim, um bom exemplo para desagregação colhido foi: “*A polícia americana pegou ele (Trump) e só falta matar. Inclusive, eu tenho uma caixa de fósforos com a Revista Playboy...com a alemã*”. Perguntado se tem muito dinheiro “*Sim...Vocês são jovens...eu ia casar com essa moça...delegação de poder*”. Perguntado quanto a se faz planos: “*Tenho posse e propriedade do Bispo...mostrar as coisas como são...*”

A **Prolixidade** e a **Perseveração** são, muito freqüentemente, associadas a lesões cerebrais e a sua caracterização pode ser muito útil na identificação também de **Síndromes Orgânicas da Personalidade**, nas quais podem ser as principais manifestações no campo do pensamento. A primeira seria melhor denominada **Detalhismo Mórbido**, pois permite que se faça a diferenciação em relação ao uso do termo **prolixidade** para certos discursos ou textos pouco objetivos, mas sem relação com patologia. Já nos casos em que há aquele detalhismo mórbido, o paciente perde a noção do que pode interessar ao interlocutor permanecendo como que aderido aos detalhes potencialmente infinitos e absolutamente irrelevantes na comunicação. Para bem caracterizar essa perda da função social da LINGUAGEM, costumo dizer que o paciente até pode chegar ao final de uma história iniciada, mas ninguém chegará junto com ele. Assim, um paciente para relatar o acidente que tinha causado seu TCE, disse que havia cerca de 10 pessoas em um *Bugre*; nomeou todas; quem era irmão de quem; a estrada onde estavam; que cidades ela ligava; qual a marca da quilometragem do local, e teria dito mais, caso não fosse interrompido. Esse

fenômeno pode ocorrer também em demências e oligofrenias e ainda como consequência de uma deterioração mental associada às epilepsias. Muito freqüentemente, esses pacientes apresentam aquilo que foi denominado **Gliscroidia**. Falar, porém, de um “**Pensamento Gliscróide**” é discutível, pois o problema se dá na esfera dos **Afetos**: atitude “pegajosa” e inconveniente. Essa manifestação já foi associada às epilepsias, mas hoje se sabe não ter nada de específico. Associa-se às **Síndromes Orgânicas da Personalidade-DSM III**.

Na **Perseveração**, o que se observa é o apego, também mórbido, a um tema único (ou alguns poucos) repetido à exaustão e independentemente de para quem e qual o ambiente. Acompanhamos o caso de um homem de pouco mais de 20 anos, que, após um TCE aparentemente de não muita gravidade, começou a ler tudo o que se referia a espiritismo e a falar invariavelmente sobre o tema. Curiosamente, a família, que tinha intensa vida social, passou a não mais receber visitas, uma vez que ele terminava por arrastar todos para o tema em torno do qual perseverava. A “senha” para a entrada no tema era “INCLUSIVE...”, seguido de uma série de citações e raciocínios circulares. Essa manifestação parece se dever a um esforço para manter controle sobre o ambiente e suas relações sociais de maneira a evitar ficar diante da sua incapacidade de acompanhar uma conversa. A flutuação típica do discurso de pessoas saudáveis não lhes é mais possível compartilhar. Dessa forma, permanecem eles em tema sobre o qual têm controle. Isso lhes confere alguma confiança e poder. Suas reações de ansiedade, agitação e mal-estar extremos, que apresentam sempre que confrontados de forma inevitável e inescapável com sua própria insuficiência (“*Reação Catastrófica de Goldstein*”*) reforçam a hipótese apresentada para a compreensão do fenômeno.

* Testemunhei também uma reação desse tipo a partir de situação completamente diferente: diante de um paciente (15 anos) com quem tinha boa comunicação, mas que apresentava atitudes muito agressivas para com seus familiares, uma psicóloga disse a seu pai: “*Vocês precisam estabelecer um castigo para essas condutas!*”. Tendo ela caído no mesmo código fracassado das escolas, tornou-se alvo imediato das mesmas agressões.

Há quem se refira a uma PERSEVERAÇÃO somente para aquelas situações nas quais o paciente permanece repetindo a mesma resposta independentemente da pergunta formulada. Essa compreensão (muito estreita e que empobrece a semiologia e seu refinamento) parece derivar do teste neuropsicológico no qual o paciente tende a perseverar na resposta anterior, mesmo que a pergunta do momento seja outra. Se assim é, essa inversão do sentido da influência (do teste para clínica e não o inverso) empobreceu em muito a semiologia associada à manifestação. É esperado que desenvolvamos instrumentos mais sutis de identificação de sinais e sintomas. Na imensa maioria dos casos, e servindo para antecipar uma suspeita, o que se verifica é o que foi descrito lá em cima.

QUANTO AO CONTEÚDO DO PENSAMENTO – Aqui, a primeira e obrigatória caracterização a ser feita se refere à sua **pobreza ou não**, além das avaliações das relações de causa e efeito que o paciente consegue estabelecer. Qualquer **oligofrenia** é acompanhada do empobrecimento dos conteúdos do pensamento. O mesmo se observa com relação às demências, embora nas demências de origem vascular possam se preservar por muito tempo alguma riqueza de conteúdos e de associações.

Nas esquizofrenias residuais e desorganizadas, também se costuma verificar um empobrecimento de conteúdos. Do ponto de vista semiológico, respostas como: *“Fui internado porque estava regando o jardim de uma casa”*, quando, na verdade, o paciente havia pulado a grade da casa de um vizinho, abria uma torneira e começara a efetivamente regar o seu jardim, revela um empobrecimento marcante de sua capacidade de julgar a situação, apreender o ambiente e estabelecer relações de causa e efeito. É óbvio que o investigador terá que estar atento para **dissimulações, simulações** e também para **jocosidade** e ironias intencionais, na hora de atribuir peso ao dado. É sempre bom assinalar

que essa impressão quanto a se tratar de deboche ou simulação é INTUITIVA. Ou seja: a certeza quanto ao paciente apresentar efetivamente aquelas limitações resulta de uma investigação a partir da suspeita intuitiva. Os colegas que, por conta de uma submissão a uma falsa objetividade, deixam de lado essa INTUIÇÃO, tomando as falas pela “letra fria”, cometem erros crassos.

É no terreno do **Juízo**, ou seja, da capacidade de bem julgar, que se encontram os sintomas mais importantes no estudo dos conteúdos do pensamento. É importante assinalar, entretanto, que fazer juízos falsos é uma característica da razão humana. Até mesmo para alguns juízos aparentemente absurdos, sua caracterização como SINAL ou SINTOMA não deve ser feita quando são compartilhados por um grupo considerável* de pessoas. A crença na ocorrência de milagres é compartilhada pela maior parte das religiões. Toda a evolução da humanidade tem sido calcada sobre juízos evidentemente falsos, como se pode verificar em relação às diversas mitologias dos diversos povos do mundo. *Nietzsche* chegou mesmo a dizer que os mitos são imprescindíveis aos povos e ironizou os cientistas muito “lógicos” com seus esforços em eliminar os mitos dizendo: *“A ciência eliminou todos os mitos... como o homem não vive sem mitos, ela, a ciência, transformou-se no grande mito moderno”* (“Gaia Ciência”). Quando vemos as promessas de eliminação da dor e do sofrimento, de vida eterna, etc... que alguns “cientistas” têm feito para a humanidade, somos obrigados a dar razão ao filósofo.

Como não existe propriamente uma realidade cristalizada, pois o movimento e a mutabilidade permanente são as únicas verdades absolutas da natureza, o que vai nos interessar aqui, como já o dissemos, é o **compartilhamento** ou não de uma idéia. Não nos é permitido atribuir

* Existem casos nos quais uma atividade delirante primária é completamente compartilhada por outra pessoa. A isso se denomina “*folie a deux*”. Examinei duas mulheres que viviam juntas e apresentavam síndrome paranoide. Uma delas era evidentemente a dominante e a outra dependente. Uma apresentava **DELÍRIOS** verdadeiros e a outra, **crenças deliroides** que desapareceram quase imediatamente após a separação. Passei usar a situação como exemplo nessa distinção.

diagnósticos psiquiátricos a chefes de seitas, como **Antonio Conselheiro**, por exemplo, ou aos membros de uma seita que se suicidaram em uma mansão numa cidade norte-americana, achando que se morressem naquele momento, embarcariam em um astro que passava próximo à Terra. Todos morreram, mas quem pode afirmar o que ocorreu depois? Podemos avaliar se os mitos ou juízos comunitários são mais ou menos adaptativos para a vida de um grupo qualquer, mas nunca quanto a serem ou não patológicos. Existem diversos registros, nas crônicas da Idade Média, de “psicoses coletivas” e de “epidemias de dança” que atingiram cidades inteiras na França e Itália. Estavam todas associadas à sugestionabilidade e à capacidade humana de produzir estados “hipnoides”. É bom lembrar ainda, que o termo PSICOSE é de aplicação muito ampla e se refere a qualquer perda importante do juízo crítico, ou seja, da capacidade de julgar razoavelmente o em torno e de maneira compartilhada. Assim, tanto podem ESTAR (e não “SER”) psicóticos os pacientes que sofrem de delírios verdadeiros, quanto os que apresentam obnubilação da consciência.

Mesmo no que se refere aos denominados **Juízos sobre-valorados**, para que os consideremos patológicos, têm que ser acompanhados de prejuízo marcante para quem o apresenta e apresentar também a componente de **solidão** obrigatória. O protagonista do “**Pagador de Promessas**”, o muito poético “*Zé do Burro*”, é um bom exemplo de como um juízo sobre-valorado pode destruir uma vida e afastar pessoas. Vimos também um paciente que se apegou à **querelância** em relação a um órgão do governo que julgava tê-lo prejudicado, a ponto de fazer paralisar sua própria vida, a qual passou a girar em torno daquele fato com os prejuízos inevitáveis.

Os **Delírios** são as manifestações mais importantes deste capítulo e a sua definição atribuída a **K. Jaspers** – “**Juízos patologicamente falsos, com as seguintes características: são acompanhados de uma convicção extraordinária, não são suscetíveis à influência e possuem conteúdo**

impossível” – parece-nos inadequada somente no que se refere ao último critério assinalado. Gosto de repetir com *M. de Montaigne*: “*Há, certamente, coisas impossíveis... mas quem pode estabelecer o limite entre o possível e o impossível?*” Além disso, esse critério é freqüentemente enganador. Examinei uma paciente jovem que foi tachada de delirante por se dizer condessa. Posteriormente, foi verificado que a mesma era de origem italiana, e que, se ainda valesse alguma coisa esse tipo de título, ela faria jus. Aplicar esse critério implicaria limitação extrema na caracterização de **Delírios**. Muitos conteúdos evidentemente delirantes não são, em princípio, impossíveis ou **absurdos**: impossibilidade absoluta contida na sua própria exposição, como por exemplo, *estou aqui, mas também estou em outro lugar*. É bom também assinalar: diante de um delírio razoavelmente organizado e sistematizado, não é observada aquela **passividade** que tanto valorizo para o diagnóstico de uma esquizofrenia, pois ele resulta de um esforço enorme para dar coerência e um mínimo de ordem às estranhas vivências. Há que assinalar ainda: o delírio NÃO é fruto de um mero prejuízo da lógica que possa ser “corrigido” mediante o fornecimento de “dados de realidade”. É importante, que olhemos a **atividade delirante** de um paciente como uma **necessidade**, mais ou menos duradoura. Outra conseqüência natural dessa constatação é a eliminação do risco de nos perdemos tentando convencer o paciente da inadequação de suas idéias. É verdade que, no processo de investigação, podemos (caso o ambiente esteja favorável), perguntar a um paciente que diz estar sendo seguido há semanas por várias pessoas: “*Você sabe quanto custa organizar um grupo de pessoas para seguir alguém?*”; ou então, exclamar a outro, convencido de que o estão querendo matar há vários meses... “*E por que você acha que não conseguiram?*”. Já apliquei esse instrumento SEMIOLÓGICO várias vezes, sempre com bons resultados. Para os que não se sentirem à vontade ao aplicar algo do gênero, melhor é seguir um procedimento mais ortodoxo e protocolar.

Outro erro grave nessa área, que depõe muito mal em relação a quem o aplica, é o “tentar agradar” um paciente, “concordando” com o que ele afirma para “conquistar a sua confiança”. O resultado desse tipo de farsa só pode ser o fim de uma possível relação de confiança. Ninguém é mais desconfiado, por definição, do que um paciente delirante e a pessoa que faz tal tipo de coisa, além de ser um farsante, certamente haverá de ser também um péssimo ator.

Como se deve, então, agir diante de uma pergunta direta do paciente quanto ao que estamos pensando do que ele está dizendo? Afirmar, de maneira clara e sem ênfase (como quem apenas faz um registro), a impressão de que aquelas crenças se devem a algum “transtorno” (ou algo parecido) do qual o paciente parece estar sofrendo, mas também que está convencido de que ele, o próprio paciente, acredita no que está falando e tem suas razões para isso. É bom lembrar de que não avançamos nada ao girar em torno de um delírio. No período da sua caracterização, porém, e até mesmo para testar sua **inamovibilidade**, possamos submeter o paciente a certos testes lógicos. Quando uma crença de natureza mórbida é sensível à argumentação lógica e aos esforços de convencimento por parte das pessoas que cercam o paciente, dizemos ser ela **deliróide**.

Não contamos entre aqueles que hipervalorizam os assim chamados princípios lógicos do pensamento. Antes de tudo, o seu papel é meramente “negativo”, ou seja, não constroem coisa alguma, apenas visam eliminar idéias que não os respeitam (*Montaigne*). Depois, alguns deles estão completamente superados e outros foram relativizados. O “**princípio da causalidade**”, por exemplo: “**se A é causa de B, B não pode ser causa de A**”, refere-se a um tempo em que se acreditava em cadeias lineares de causalidade. Hoje, pensa-se muito mais em cadeias circulares, nas quais não há propriamente um princípio e um fim. É a ação de um predador que vai selecionando as características mais adaptativas de sua presa e vice-versa, ou seja: A é “causa” de B e B é “causa”

de A. O chamado “*princípio da identidade*”: “**tudo é idêntico a si mesmo**” (ou, **A é idêntico a A**) fora já refutado antes mesmo de sua enunciação. Ver Heráclito de Éfeso: “*nunca nos banhamos no mesmo rio*” (pois o rio, e também nós, seremos sempre diferentes). Para que aquele “princípio” fosse verdadeiro, seria necessário que se abolisse o único fenômeno absoluto da natureza: o **movimento contínuo**. Em verdade, o enunciado daqueles princípios obedeceu ao objetivo de criar um campo para a atuação da ciência independentemente da filosofia. Parecem muito mais um acordo (espécie de “CNTP”, também inexistentes na natureza, pois tudo está oscilando) do que propriamente um arrogante e irrefutável “tribunal” no qual o pensamento humano julga e elimina tudo o que com ele não está de acordo.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DE UM DELÍRIO

Há pelo menos quatro delas, todas com peso semiológico diferente. Autores mais recentes têm negligenciado esse conceito que funciona como uma **CONSTANTE**, daquelas que os gregos tanto apreciavam (Teorema de Pitágoras, a escala musical, PI e outros). A **Percepção Delirante** é uma das manifestações que mais têm impressionado os estudiosos. O seu primeiro problema aparece já na denominação. Afinal, **percepção** se refere aos órgãos dos sentidos e **delirante** à esfera do pensamento e juízo. Já imaginaram alguém dizer “*afeto hiperbólico*”? Seria um tanto parecido e absurdo, não? Por isso mesmo e por muito tempo, em nossas aulas precisávamos começar por uma tentativa de “explicar” a denominação, o que implica uma confissão: sabemos que a denominação é muito ruim. Bem melhor é chamá-las **APERCEPÇÃO DELIRANTE**: julgamento **autorreferente** súbito, com características de **revelação imperiosa** (sem que o paciente precise recorrer a raciocínios) a partir

de uma percepção corriqueira que não sofreu qualquer deformação (caso contrário, implicaria se tratar de uma **ilusão**). Dentre os clássicos, sua melhor definição é de K. Schneider: *“Quando se agrega a autênticas percepções um significado anormal, quase sempre de auto-referência e sem que exista, para isso, um motivo compreensível ou emocional”*. O que ele chama “significado anormal” implica um segundo momento, a partir da percepção normal: ou seja, uma APERCEPÇÃO. A **percepção** é autêntica, mas sua **apercepção** é delirante. O único problema que vemos na definição de Schneider refere-se aos limites do **compreensível** e do **emocional**. Prefiro dizer: a percepção inicial e que serviu de referência não pode ter qualquer vinculação de sentido lógico com a súbita **revelação** dela apreendida. Já a palavra “emocional” parece-me ali muito mal aplicada, uma vez que, nessas situações (invariavelmente) há enormes perturbações na esfera dos afetos. Sabemos que Schneider tentava afastar fenômenos que podem ocorrer em transtornos do humor, mas era desnecessário. Além disso, violentava a boa semiologia, pois esta deve ser sempre o ponto de partida. Quando partimos dos diagnósticos para os sinais e sintomas, perdemos-nos completamente.

Um bom exemplo para o fenômeno encontra-se no livro de C. Goás: um homem, ao entrar em casa, encontra uma garrafa de vinho tinto quebrada e tem a revelação súbita de que vai ser sangrado até morrer; tudo a partir de um estado prévio de estranheza (humor delirante difuso ou “*TREMA*”, K. Conrad). O problema, nesse exemplo, seria a vinculação simbólica universal do vinho tinto com o sangue. Talvez eu esteja sendo excessivamente rígido no critério, a ponto de retirar a utilidade clínica da manifestação. Assim, pois assim se tornaria excessivamente rara. Muito típica, foi a declaração de um paciente de que, ao chegar em casa e abrir a geladeira, teve a certeza de que seria morto: ela estava vazia (fora lavada), mas havia um tomate podre em um dos seus cantos. Outro, no tempo em que os ônibus tinham fichas de várias cores para destinos

diferentes, teve a certeza de que o iriam matar quando, à sua entrada, um trocador trocou de posição uma ficha, também vermelha. Nas duas situações os pacientes fugiram desesperados e acabaram por ser internados.

A **percepção delirante** costuma ser o marco inicial daquilo que *Klaus Conrad* denominou *Apofania* (*revelação, eclosão*, em grego): instalação plena da síndrome paranoide, autorizando a hipótese diagnóstica nosológica de esquizofrenia. No período imediatamente anterior, chamado *Trema* (*temor, apreensão*), podem-se caracterizar os pródromos para a condição (sempre carecendo de confirmação posterior): estranheza, auto-referência, sensação de modificação corporal, preocupações cósmicas, religiosas, profundo mal estar e outras manifestações. A fase que hoje denominamos *residual ou defectiva* foi por ele denominada *Apocalíptica*. Por fim, a tão comum (nesses casos) sensação de novos significados e ainda de que o mundo gira em torno do próprio paciente recebeu o nome de *Anastrophé*.

Bem mais freqüentes, e de menor valor semiológico para o diagnóstico de uma esquizofrenia, são as **Interpretações Delirantes**. Aqui existe alguma relação razoavelmente lógica e racional entre os fatos que servem de reforço à crença delirante e o delírio propriamente dito. São exemplos típicos: ver pessoas “fazendo gestos” para outras com referência ao próprio paciente; achar que nunca antes as viaturas da polícia haviam passado com tanta freqüência em frente à sua casa; que os vizinhos começaram a arrastar móveis com muita freqüência, indicando que deveriam estar furando o seu teto para observá-lo, e assim por diante (todos são exemplos retirados da clínica). Importante é assinalar a tendência ao desaparecimento do **acaso** ao olhar de um delirante. Tudo adquire conteúdo significativo, na maioria das vezes **auto-referente e de natureza persecutória**. Por isso, do ponto de vista da semiologia, uma simples pergunta quanto a se o paciente teve alguma vez a sensação de que a TV ou o rádio falavam diretamente para ele, ou tratavam de assuntos referentes à sua

vida, pode abrir um bom caminho de investigação. Nesses casos, são aplicados com frequência raciocínios que vão confirmando as crenças, o que as diferencia da típica REVELAÇÃO ocorrida nas percepções delirantes. É bem verdade que, em outros momentos, um paciente que sofreu uma apercepção delirante pode também apresentar delírios sob as outras FORMAS aqui assinaladas.

Falar das **Representações Delirantes** implica também discutir a MEMÓRIA e seus assim mal denominados “distúrbios qualitativos”*, pois são associadas a possíveis (ou impossíveis) acontecimentos do passado mais ou menos remoto, olhados a partir da ótica delirante atual. É também exigido que, nessa formulação do conceito e nas futuras avaliações, a memória fique em segundo plano em relação à atividade delirante e imaginativa. Assim, e com a esperança de resolver o problema, haveria dois tipos de Representação Delirante: 1-**Alomnésica**: quando o olhar delirante atual é aplicado a acontecimentos do passado, fazendo com que adquiram significados diferentes, em geral auto-referentes, mas associados à temática que o ocupa. Ouvi de um paciente esquizofrênico, o relato da certeza de ser a reencarnação de **Cristo**, certeza “confirmada” por: haver nascido em Belém..., ainda que do Pará; ter visto fotografias de logo depois do seu nascimento, nas quais havia dois homens brancos e um negro, muito bem vestidos, levando-lhe presentes; e assim por diante, alongando os paralelos entre a vida de Cristo e a sua. O agravante era que ele estava por completar 33 anos e tinha certeza de que seria crucificado naquele mesmo ano; 2- **Paramnésica**: os relatos apresentados como fatos do passado são totalmente absurdos (trazendo consigo a própria impossibilidade; sem necessidade de verificação). Em caso apresentado em S. Clínica (IPUB-11/7/17), um paciente de 26 anos referiu lembrar-se bem de ter lutado na guerra do Vietnam, entre o seu primeiro e quinto anos de vida; que empunhou armas, etc. Em um descuido com a linguagem, especialmente a científica, alguns

* Como verão, em muitos desses casos sequer há MEMÓRIAS propriamente ditas, enquanto em outros algumas recordações servem apenas de substrato fragmentário para produções delirantes.

chamaram a primeira de “ilusão” e a segunda “alucinação mnêmica”. Reservemos os termos “alucinação” e “ilusão” à sua destinação original. Eles já têm sido tão maltratados!*

Nas **Cognições Delirantes**, a certeza do paciente na sua crença dispensa qualquer explicação ou tentativa de convencimento a outra pessoa ou raciocínio para o próprio. As coisas são assim, porque são assim e o entrevistador estaria fingindo não saber, na maioria dos casos! Também ouvi outro paciente dizendo ser a reencarnação de Cristo, mas esse não fornecia qualquer explicação para aquilo que julgava um fato indiscutível. As pessoas simplesmente já o sabiam ou deviam saber. Tem também grande valor diagnóstico para as esquizofrenias, mas são pouco frequentes.

TEMAS MAIS RECORRENTES PARA UM DELÍRIO

Antes de tudo há que registrar ser a **auto-referência** uma característica comum a todos os delírios propriamente ditos e que a temática predominante pode ser mista. Podem ser: 1- **persecutórios**; 2- **de grandeza**; 3- **místico-religioso** (o paciente costuma tentar dar alguma ordem ou sentido às suas estranhas vivências e as crenças místicas (e sua literatura) se prestam muito a esse tipo de “explicação”); 4- **tecnológico** (para isso contribuindo toda a mistificação moderna quanto a aparelhos e máquinas super-poderosas, como no caso de um paciente que julgava ter uma dentista implantado um super-microfone dentro de um de seus dentes, o que fazia com que todos no mundo pudessem ouvir o que ele falava); 5- **cósmico** (quando recorrem a **ETs**, forças extra-terrestres ou extra-galácticas para explicar o que com ele se vem passando).

* Outros chamam as **representações delirantes** de “delírio mnêmico”. Apenas mais uma violência aos conceitos, pois implicaria haver ali uma MEMÓRIA de algo, quando, POR DEFINIÇÃO, ela não existe. Trata-se de uma criação imaginativa (sem vínculos com fatos da vida ou a partir de sua modificação), sempre resultante da atividade delirante atual: algo que é apresentado como uma representação (ou re-apresentação) cuja origem é DELIRANTE e não MNÊMICA.

Há ainda outros temas em torno dos quais os pacientes, esquizofrênicos ou não (são mais típicos dos TRANSTORNOS DELIRANTES PERSISTENTES), podem delirar: **ciúmes**, ou **Síndrome de Othelo**, para cuja caracterização é necessário que a vida do paciente gire em torno da certeza, independentemente de estar ou não sendo traído, e a presença de associações absurdas. É mais freqüente em homens e já foi associado ao uso abusivo de álcool, hipótese hoje abandonada. Apesar disso o caso mais marcante que examinei foi de uma mulher: paciente de 55 anos que dizia ter certeza de que seu marido mantinha relacionamento amoroso com uma vizinha, pois esta, ao acordar, abria a janela com força para com ele se comunicar. Em resposta e imediatamente, ele ia ao banheiro e dava descarga para avisar que entendera a comunicação, havendo ainda múltiplas comunicações por pequenas batidas em “código Morse”. Além disso, sempre que passava na portaria, percebia um “risinho sarcástico” no porteiro e tinha certeza de que ele era o intermediário da relação proibida. Só para que não se perca um dado extremo, certa vez, ao ouvir o marido combinando a compra de um papagaio por telefone e ao o ouvi-lo dizer “louro”, percebeu nisso uma manifestação de sua própria desvalorização, uma vez que era uma “loura artificial”, enquanto a “outra” seria louira “de verdade”. Para compreender o fenômeno, há que recorrer ao mecanismo de PROJEÇÃO. Em verdade, seria a própria quem não conseguiria lidar com suas necessidades sexuais.

O **Delírio Erotomaniaco**, ou síndrome de *Clérambault*, é mais freqüente em mulheres. Implica crença inabalável de que alguém, em geral uma pessoa famosa, está por ela apaixonada e, por alguma razão, é impedido de se declarar. Deve ser suscitado nos casos nos quais alguma pessoa muito conhecida é seguida e assediada por alguém que também fica rondando seu local de moradia ou de trabalho. Casos recentes têm sido associados a atos ilícitos de diversas ordens.

O **Delírio Somático** foi trazido à cena pela AIDS. A pessoa tem certeza de que sofre de alguma doença grave e obtém confirmações a partir de qualquer pequena mancha que apresenta na pele, por exemplo. Uma paciente tinha certeza de que seus exames, cujos resultados eram invariavelmente negativos, eram trocados para enganá-la, e ainda que sua família já fora informada da sua “doença grave” e a olhava com comiseração. Se alguém na rua perguntava por sua saúde, aquilo era um sinal de que essa pessoa também já sabia da sua doença e da morte que se avizinhava. O detalhe é que, na época, ainda se acreditava na existência de grupos de risco para a síndrome, e ela não fazia parte de nenhum deles.

Os três conteúdos de delírio assinalados acima: **erotomaniaco**, **ciúmes**, **somático** e mais os de **grandeza** e de **perseguição**, são os que podem se associar ao diagnóstico de **Transtorno Delirante Persistente**, introduzido pela primeira vez pelo DSM III (chamado anteriormente de **Transtorno Delusional**) e que corresponde às antigamente denominadas **Paranoias**. São delírios em torno dos quais a terapêutica consegue apenas fazer diminuir sua carga emocional; que não se associam à deterioração global da personalidade, principalmente de seus aspectos afetivo-volitivos e que **NÃO** são associados muito freqüentemente à ocorrência de alucinações.

Os **Delírios de culpa e/ou ruína** são freqüentes nas depressões graves. O paciente julga estar na miséria embora possa ser muito rico. Em termos simbólicos, a pessoa deve ter muitas razões para pensar assim. Como diz o ditado: *“Era tão pobre, que só tinha dinheiro!”*. É comum, nesses casos, certeza de que o estão roubando. Fatos dramáticos da sua história, relacionados a prejuízos sofridos por pessoas amadas, tendem a ser atribuídos a uma ação (ou omissão) sua. Quando confrontados com dados que negam o fato, a crença se abala. Foram casos do gênero, que justificaram o desenvolvimento do conceito de **Transtorno Deliroide do Pensamento**, uma vez que sua natureza é

diferente em relação ao delírio mais propriamente esquizofrênico (em geral inabalável nesses casos). Costumam estar relacionados diretamente ao estado do humor e dos afetos de um paciente. Por isso, são também mais compreensíveis.

O critério acima, entretanto, nunca me convenceu muito, primeiro porque inverte a boa seqüência da aplicação de uma semiologia, pois parte do diagnóstico sindrômico (ou mesmo nosológico) para a caracterização de um sintoma. A boa clínica obriga ao oposto: o esforço da boa caracterização fenomenológica precisa ser anterior à denominação. Bem melhor, é a aplicação, nesses casos, do critério da influenciabilidade, uma vez que a crença deliroide não apresenta o mesmo grau de convicção observado nos delírios verdadeiros. Passamos, recentemente, a aplicar outro critério para a boa diferenciação: a “penetração e enraizamento” do delírio na personalidade, à maneira do critério usado para a diferenciação entre os tumores “malignos e benignos”. Diga-se de passagem, aqui não usamos esses termos. Dessa forma, os delírios propriamente ditos costumam “invadir, se infiltrar e fixar” em toda a atividade mental de um paciente. Por isso mesmo, tendem a permanecer inabaláveis, mesmo depois de cessado um quadro agudo, ainda que com graus diferentes de interferência no dia a dia. Já uma ideia deliroide tende a desaparecer completamente tão logo algum tratamento seja bem sucedido. Como já dissemos, quando do compartilhamento de um delírio (*“folie a deux”*), um deles é o delirante e o outro desenvolve crenças deliroides, por sugestionabilidade. Quando separados, essas desaparecem quase que imediatamente.

Também nas depressões graves, pode surgir um **Delírio de Negação** (de órgãos ou até de si mesmo). O paciente julga já haver morrido; que seus órgãos estão apodrecendo e até que pode sentir o cheiro da sua própria decomposição ou putrefação (Síndrome *de Cotard*).

Muito dramático, é o surgimento de um *delírio de Capgras*, no qual o paciente tem a certeza de que pessoas familiares foram substituídas por sócias.

Bem mais freqüente, é o oposto: um **falso reconhecimento**, quando o paciente “reconhece” parentes nas pessoas que encontra na enfermaria, por exemplo, atribuindo-lhes até os nomes correspondentes, mesmo quando muito diferentes das originais (*delírio de Fregolli*). A relação mais específica desses tipos de delírio com as esquizofrenias não está muito bem estabelecida.

Os delírios podem ser ou não **sistematizados**, revelando o grau de preservação global da personalidade do paciente e também a sua capacidade de manter um esforço organizador da sua atividade mental; **superinclusivos**, quando tentem a incorporar os acontecimentos e pessoas que passam ao largo; “**arborizados**” quando se ramificam infinitamente.

O PENSAMENTO OBSESSIVO

Refere-se a certas idéias que se repetem e se impõem à consciência de alguém. São reconhecidas como próprias, embora costume ocorrer um estranhamento em relação ao seu conteúdo, quase sempre em oposição aos princípios morais da própria pessoa, gerando profundo mal estar. São também muito frequentemente associadas a **compulsões**: necessidade de realizar certos atos ritualísticos, aos quais podem ser atribuídos poderes completamente ilógicos, mas com a capacidade de **reduzir o sofrimento e ansiedade**: “*se eu, enquanto calço a meia, não me colocar em um ângulo de visão que me permita ver a imagem do Cristo crucificado pendurado na parede, vai acontecer uma desgraça à minha mãe*”. Esses foram denominados **rituais de anulação** pelos psicanalistas, associando-se também aos **pensamentos mágicos**. Toda essa produção é apenas um epifenômeno, chamando muita atenção somente por estar na superfície, a exemplo da espuma dos oceanos. No afã de negar nossa origem animal, temos entrado em luta contra instintos e pulsões absolutamente legítimos em alguns momentos da vida, senão quase todos. O resultado foi

termos desenvolvido o pior de todos os medos: O MEDO DE NÓS MESMOS e a desconfiança em nossas tendências mais profundas. Seria entre esses pacientes que esse conflito atingiria seu ponto mais extremo, quando a pessoa quase que divide em duas, embora a razão costume preservar uma unidade. A natureza que vive em nós termina sempre por se vingar. Melhor é dizer com M. Lutero: *“É impossível impedir as aves de mau agouro de voar sobre nossas cabeças. Não devemos deixar é que nela façam ninho”*. Em um caso extremo de um transtorno obsessivo-compulsivo em uma jovem, chegamos a observar aquilo que ficou conhecido por *“loucura da dúvida”*. Durante seus rituais de verificação da localização e de ordenação de objetos, trincos, bicos de gás, chegou a duvidar da presença dos próprios objetos. Outro, quando ia a um cinema, por exemplo, aplicava uma conta complicadíssima para “escolher” o lugar em que sentaria. Caso contrário, sucederia alguma desgraça. Não sei como faria em tempos nos quais as pessoas já chegam com lugares marcados.

VII- SENSO-PERCEPÇÕES, REPRESENTAÇÕES E SEUS TRANSTORNOS

Ao lado da atividade delirante e das agitações psicomotoras, é sob esse título que se encontram aquelas manifestações que o leigo mais se habituou a associar à doença mental. Curiosamente, não encontramos em qualquer dos livros de psicopatologia consultados uma tentativa sequer de **definir senso-percepção** de maneira propriamente dita. E quantos problemas CONCEITUAIS disso decorreram! Vivemos todos em algum ambiente e é essencial que dele formemos REPRESENTAÇÕES, o que passa, necessariamente, pela capacidade de reagir aos estímulos dele provenientes.

DEFINIÇÃO: é a capacidade dos seres vivos de reagir, através de órgãos dos sentidos e estruturas próprio-sensitivas, a diferentes estímulos provenientes do meio ambiente (incluindo o próprio corpo), de maneira a produzir uma **representação mental** desses ambientes, com o objetivo adaptação e preservação (alimentação e escape) e reprodução.

De alguma forma, e dela extraíndo a expressão “representação mental”, essa definição inclui até os vegetais, pois podem reagir à luz (fototropismo) e ao toque (plantas carnívoras, dormideiras e outras). A exceção talvez sejam os seres planctônicos que, por definição, não adotam qualquer ação sobre o meio. Além dos cinco sentidos muito conhecidos, alguns animais desenvolveram a capacidade de captar campos magnéticos, elétricos, além do sonar (retorno de ondas sonoras) e (quem sabe?) outros desconhecidos. Quando nos lembramos de que nos conduzimos no mundo de acordo com a reprodução mental que dele fazemos e não do mundo em si, entendemos um pouco a dúvida muito idealista do Bispo Berkeley quanto à existência ou não do mundo exterior a nós. É bom lembrar, ainda, a divisão entre EXTEROCEPÇÃO e PROPRIOCEPÇÃO, implicando integração de estímulos externos e do próprio corpo respectivamente.

A apreensão/integração do mundo circundante se dá em 3 momentos e/ou funções. Apesar do ATO PSÍQUICO ser imediato, o simples fato de seus transtornos serem comumente específicos para cada um deles OBRIGA sua subdivisão, além de facilitar muito o estudo:

1-Sensação- através de reações físico-químicas captamos comprimentos de onda (cores) e intensidade (de luz e da própria cor). Aqui, justifica-se falar em transtornos **quantitativos: hiper e hipoestesias** (elevação e baixa da capacidade de reagir aos estímulos, aplicável somente a situações mais extremas), além das

cromatopsias (quando uma cor como que matiza todas as percepções). Já os que habitualmente são chamados **qualitativos** referem-se, em verdade a distúrbios na percepção (não na sensação): **dismegalopsia** (distorções na forma dos objetos), **dismetropsias** (perda da noção de distância entre os objetos, envolvendo perspectiva), comumente associadas ao uso de alucinógenos.

2-Percepção- integração de contornos e formas (que podemos nos esforçar em isolaR), em suas relações tridimensionais e com o entorno. Em verdade, a NITIDEZ habitualmente associada deve-se às “correções” e pareamentos que fazemos entre o material que chega e nossas REPRESENTAÇÕES. Trata-se de fenômeno muito mais ativo do que se pensava. Em verdade, o mundo entra por nossos sentidos à maneira do registro dele feito pelos pintores IMPRESSIONISTAS. Inventada a fotografia a arte haveria de encontrar novos caminhos.

3-Apercepção- integração da cena e situação vividas, localizando-a no tempo e atribuindo-lhe sentido. Há quem tente desconhecer essa etapa, mas a simples ocorrência de **agnosias aperceptivas** (incapacidade para identificar uma cena, apesar dos objetos componentes terem sido inclusive desenhados pelo próprio) deveria ser suficiente para que cientistas dignos do nome a reconhecessem.

A caracterização feita por *K. Jaspers* para a **percepção dos objetos**, em oposição à sua **representação mental**, é imprescindível para a abordagem dos transtornos nessa área e suas variações extremas da normalidade (não patológicas). As representações, por definição, implicam também uma componente da **memória**: visual, auditiva, etc.

Os objetos captados através da **PERCEPÇÃO** normal (consideremos a visão):

- 1) Aparecem no espaço objetivo externo.
- 2) Têm frescor sensorial e nitidez: intensidade, cores, timbres, etc.
- 3) São percebidos como CORPÓREOS e tridimensionais
- 4) São independentes da nossa vontade.

5) São ESTÁVEIS enquanto presentes no raio de percepção.

Toda essa aparente redundância justifica-se pela sua **oposição** às REPRESENTAÇÕES normais (sem qualquer daquelas características) e quando da caracterização dos transtornos. Nessa distinção (**percepção normal x representação**) acrescentaríamos mais um critério absolutamente essencial: **o poder de convencimento na existência do objeto (percepção)**. Como veremos adiante, essa distinção vai ser muito útil para bem caracterizar os distúrbios e variações extremas nessa área. As **ilusões**, por exemplo, seriam fenômenos mistos: a uma percepção verdadeira se associa uma representação cursando com um engano, ainda que momentâneo. (ver adiante).

O FALSO PARADOXO DAS ALUCINAÇÕES E SUA SOLUÇÃO

Há mais de um século, a psiquiatria se debate com um assim chamado PARADOXO* (Dalgarrondo). Como classificar entre os transtorno da senso-percepção uma manifestação cuja definição implica NÃO existência de uma sensação/percepção, ou seja: de OBJETO qualquer na sua origem? Esse foi apenas o resultado de um aprisionamento generalizado a uma espécie de “armadilha” da língua alemã na qual caíram os principais autores da área, desde Jaspers. A palavra PERCEPÇÃO deriva do latim “*Percipere*”: **receber, pegar, agarrar** (algo que efetivamente existe no meio, ainda que como um fenômeno e não a “coisa em si”). Já a correspondente, em alemão, “*Wahrnehmen*” indica: **tomar por verdade** (*Wahr*: verdade; *nehmen*: tomar por). Ou seja, o termo latino confere predominância à **existência prévia de um objeto**, enquanto o alemão toma o que se passa no indivíduo como referência deixando o meio em segundo plano. Assim, para os alemães quando alguém toma algo por verdade apresenta uma percepção: quase um salto mortal de graves consequências. Nada

* Duas idéias consideradas verdadeiras que se negam (excluem) mutuamente. Todos são apenas aparentes e reveladores de algum problema conceitual grave do pensamento humano e não da natureza. Poucos exemplos são tão ilustrativos como o que vamos discutir.

mais do que a velha alienação da “IDEOLOGIA ALEMÃ”: um conjunto de ideias totalmente desligado do mundo sensível*. E de quanto contorcionismo nossos colegas têm se valido para justificar o paradoxo! O paciente “...*interpreta como se estivesse no campo perceptual um objeto que de fato lá não está*” (Del Nero, citado por E. Cheniaux). O verbo “interpretar” está totalmente deslocado no contexto.

Será que não se convencem? Os estímulos aos centros formadores de imagens (não somente visuais) têm duas origens possíveis: EXTERNA (gerando uma senso-percepção) ou INTERNA (uma representação). Não há uma terceira via. Imagem sem objeto é IGUAL a uma representação! Estudando o fenômeno a partir da AUDIÇÃO, as coisas ficarão ainda mais claras: temos uma capacidade variável de representar mentalmente vozes de pessoas íntimas e outras de pessoas públicas, o que exige esforço permanente. O resultado (representado) não costuma ter muita clareza, exceto para os imitadores. Sem isso, aliás, as IMITAÇÕES (por exemplo) seriam impossíveis. Pode alguém duvidar de que serem REPRESENTAÇÕES (ou “re-apresentações” à mente)? Quando, a partir de uma doença mental ou uso de substâncias e na solidão, essas mesmas vozes são reproduzidas com total nitidez, gerando **crença na presença do objeto** (alucinação auditiva), teriam deixado de ser REPRESENTAÇÕES, somente porque o paciente passou a nelas acreditar? Tudo isso somente porque K. Jaspers, e outros alemães, assim o disseram? Há nisso uma total falta de critério, depondo mal quanto à honestidade intelectual de quem o conclui. Penso ser hora de nos libertar da submissão intelectual: o termo latino é tão melhor! PERCEBER implica: pegar, tomar algo ao meio para produzir uma REPRESENTAÇÃO†.

* Disse L. Barreto (Cemitério dos Vivos): “A submissão intelectual aos alemães é tal ordem que se alguém disser, naquela língua, que um triângulo tem três lados, as pessoas dirão ‘OH!’”. Basta que se leia as obras de Heidegger para confirmar a tese!

† Fontenelle e Mendlowicz preferem associar as alucinações à IMAGINAÇÃO; em verdade uma função principalmente do PENSAMENTO. Pode ter sua importância em distúrbios fantasmagóricos e fantásticos. Para

Assim, uma ALUCINAÇÃO seria: *uma representação dotada de todas as características da percepção real (nitidez, corporeidade, extrojeção, não influenciabilidade e capacidade de convencimento), surgida sem relação alguma com qualquer objeto; com tal vivacidade que se faz reconhecer como uma percepção verdadeira de um objeto (que estaria presente).*

No processo de sua caracterização, e para evitar precipitações (especialmente a leviandade com que o termo **alucinação** tem sido usado), é melhor usar (de início e para todas as manifestações desse capítulo) a expressão: uma FALSA PERCEPÇÃO. Trata-se expressão genérica, aplicável a quase todas as manifestações da área.

As **PSEUDO-ALUCINAÇÕES*** foram denominadas por K. Jaspers a partir de experiência relatada por Dolinin---surgimento de imagem clara e duradoura de uma flor separada do campo perceptivo (depois da ingestão de ópio). Classificou-a também como “...*uma espécie singular e notável de representação*” sem capacidade de convencimento (caso contrário, seriam alucinações). Assim são: *representações mais vívidas do que o habitual, ESTÁVEIS, sem a sensação de corporeidade e, principalmente, SEM poder de convencimento de sua existência real.* Há quem valorize mais o fato de se darem em um assim chamado “**campo interno**” e separadas do campo perceptivo normal: “vozes dentro da cabeça”, por exemplo. O grande erro que se comete nessa questão é ficar prisioneiro à sua distinção em relação às **alucinações**, quando, em verdade, é muito mais útil o esforço de sua diferenciação para com das **representações** normais. Assim, diferentemente das representações normais, **as pseudo-alucinações perduram por muito tempo,**

as alucinações mais frequentes na clínica, as auditivo-verbais, entretanto, a proposta mais confunde do que ajuda. Todos já vimos pacientes que OUVEM (em total solidão e com nitidez) vozes por eles muito bem conhecidas (de parentes e outros) acreditando na sua veracidade . O que é isso, senão uma REPRESENTAÇÃO, com todas as características da percepção normal, mas sem OBJETO? Uma alucinação.

* I. Paim antecipa sua origem nas REPRESENTAÇÕES: “...Sob a denominação de alterações das representações estudaremos as alucinações e as pseudoalucinações, uma vez que nessas alterações não está em jogo o processo da percepção...”. Muito significativo é que não tenha tirado disso as consequências obrigatórias, tratando-as lado a lado com as demais. Os psicopatólogos parecem ter evitado demais conflitos com os clássicos.

são independentes da ação do que delas sofre e têm contornos nítidos. As intoxicações por alucinógenos: LSD, mescalina e outros costumam cursar com falsas percepções com essas características.

Autores norte americanos (SHEPERD & ZANGWILL), com sua típica e exagerada objetividade, aplicam na sua caracterização somente o critério de **manutenção do juízo de realidade e crítica** o que é interessante na clínica. Como de hábito naquela cultura, deixaram de lado todo conhecimento acumulado pelos clássicos. Penso haver nisso uma pobreza enorme. Afinal, a manutenção daquele juízo crítico é estreitamente relacionada ao que está sendo discutido aqui. Modestamente, penso ter conseguido juntar os dois grupos de critérios. Assim, as **pseudo alucinações** ocorrem: **no “espaço interno”** (ou à parte do campo perceptivo normal e externo), **carecendo de objetividade/corporeidade** (*Jaspers/Kandinski*). POR ISSO, e **apesar da sua vivacidade, o paciente mantém o juízo crítico quanto à não existência do objeto.** Os dois critérios são como irmãos siameses. Ironicamente, parecem ter sido somente agora apresentados juntos.

Do que vai dito, decorre, necessariamente, uma polêmica de difícil solução: a não crença na falsa percepção, durante o surgimento de uma pseudo-alucinação, se deve a alguma peculiaridade dela mesma (o se dar no referido *espaço interno*, por exemplo) ou à preservação plena da capacidade de bem julgar daquele que dela está sofrendo? Tendo a dar preferência a essa última hipótese e, em consequência, penso como aqueles que defendem que uma verdadeira alucinação somente ocorre quando associada a modificações profundas e permanentes na personalidade (*C.GOAS*) ou na consciência (transitórias).

Como se pode ver, há aqui uma tentativa de fidelidade ao princípio de *Descartes*: não é pelo testemunho dos órgãos dos sentidos que bem se julga a existência ou não de um mundo fora de nós e sua relação conosco. Os

ilusionistas cansam de nos demonstrar a fragilidade desses órgãos e o quanto são fáceis de enganar, ou seja, o tal “*teste de S. Tomé*” seria uma balela. Para o pensador francês, somente o juízo pode bem avaliar o em torno e suas relações.

As alucinações podem se apresentar em qualquer dos sentidos e as **auditivo-verbais são muito associadas às esquizofrenias**. Quase todos aqueles que dela sofrem apresentam esse tipo de alucinação em algum momento de suas vidas. Como, porém, é um sintoma muito pouco específico, ou seja, pode ser referido em diversas outras condições, seu valor diagnóstico não é tão grande assim. Em verdade, é a sua **ausência**, em toda a história de um paciente diagnosticado como esquizofrênico, que deve ser suficiente para provocar um forte abalo na certeza diagnóstica.

À maneira dos sinais e sintomas da clínica em geral, há uma semiologia específica para caracterizar as alucinações: perguntar se o paciente julgava que as outras pessoas também ouviam o que ele estava ouvindo. Pelo menos nas primeiras manifestações associadas (por vezes um vozerio indistinguível), o paciente costuma tentar verificar se ele é compartilhado. Perguntar se ele tentava se valer de outros órgãos dos sentidos para comprovar a veracidade de sua falsa percepção (abria as janelas procurando por quem estava “falando”, por exemplo, ou se tentava “retirar” com as unhas pequenos insetos sentidos e/ou vistos na pele); se a manifestação se dava somente quando estava sozinho, deitado ou na penumbra. Investigar com os parentes e amigos se o paciente agia, gesticulava ou falava como se estivesse respondendo ou protestando contra vozes imaginárias, o que caracterizaria uma **atitude alucinatória**. Em caso afirmativo, se trataria de um SINAL que, por poder ser verificado diretamente, tem maior valor semiológico do que a simples referência a uma “audição de vozes”, tão usada para simulações.

Alucinações auditivo-verbais absolutamente indistinguíveis das que ocorrem em esquizofrênicos, do ponto de vista fenomenológico, podem ser

verificadas nas **Alucinoses Alcoólicas**, apenas que, nessas condições, a faixa etária dos pacientes costuma ser um pouco mais elevada (raramente se iniciam antes dos 30 anos) e apresentam preservação das **funções afetivo-volitivas** na sua evolução. É bom que não nos esqueçamos, de que as alucinações auditivas desses pacientes podem “*cronificar*” e se tornar independentes do consumo do álcool, sem que necessitemos, por isso, mudar um diagnóstico para esquizofrenia. Verificamos, com frequência, a ocorrência de tentativas de suicídio muito cruentas em pacientes que sofriam de alucinoze alcoólica. Um deles, que trabalhava como vigia em um matadouro, depois que começou a ouvir vozes que o condenavam a um esquartejamento, cravou uma faca no próprio peito como forma de fugir a um sofrimento ainda maior.

As **alucinações cenestéricas** são proprioceptivas e do esquema corporal: um paciente esquizofrênico, internado em um hospital de custódia, dormindo isolado e trancafiado, dizia que, todas as noites, alguém entrava no seu cubículo e o “barbarizava”, gíria que significava violência sexual. Costumam se associar às esquizofrenias, mas não são exclusivas dessas condições, como bem o atesta o seu surgimento na **Síndrome de Cotard** (também chamado **delírio de negação de órgãos**) cursando com a sensação de estar morto, de que seus órgãos estariam apodrecendo e emitindo o cheiro característico do apodrecimento (**alucinação olfativa**). Essas se associam a depressões muito graves cursando com um quase estupor. Importante é também que se proceda à diferenciação das alucinações cenestésicas em relação às **alucinações táteis**, as quais, por definição, são superficiais e muito associadas às psicoses induzidas por drogas, especialmente a cocaína, mas podem surgir também em “*delirium tremens*” ou durante a abstinência ou uso de outras substâncias.

Dentre as **falsas percepções proprioceptivas** há as CINESTÉSICAS, envolvendo sensação de movimentos inexistentes principalmente do próprio corpo. Alguns autores, porém, também usam o termo (sem muito interesse

clínico) para sensação de movimentos inexistentes no ambiente: examinei um paciente em *delirium tremens* que tinha a impressão de que a geladeira e os móveis se movimentavam para esmagá-lo. Quando cursa com engano apenas momentâneo, trata-se de uma ILUSÃO. Os assim chamados “MEMBROS FANTASMAS” também são falsas percepções proprioceptivas e já serviram até para “provar” a existência da alma: pacientes amputados que continuam a ter sensações da presença do membro (incluindo peso e movimento), mas preservando a crítica na quase totalidade dos casos. Sendo assim, trata-se de um fenômeno que envolve ativação dos centros integradores da experiência---não se sabe bem se de origem periférica ou central---sem objeto/estímulo e com manutenção da crítica. Tudo isso aproxima esse fenômeno das pseudo-alucinações. Como dito acima: uma representação estável, nítida e com manutenção de crítica.

As **alucinações visuais** devem sempre fazer pensar em quadros de natureza orgânica (uso de alucinógenos e outros), histerias e simulações, embora possam também ser observadas nas antigamente chamadas “*psicoses endógenas*” (esquizofrenias e transtornos do humor). Muito inadequada foi a denominação “**delírio profissional**” à conduta de certos pacientes que agem como se estivessem desempenhando sua profissão, durante episódio de *delirium tremens*. Examinei um mecânico que passou um tempo enorme tentando pegar no chão, porcas e parafusos inexistentes. Melhor teria sido chamar a situação *delirium professional*, durante a qual se observam **alucinações/ilusões de inspiração profissional**.

As **Alucinações olfativas e gustativas** não são muito frequentes. Podem ocorrer em epilepsias, como manifestação de uma aura sensorial e também em outras condições de natureza orgânica. Nas esquizofrenias, podem ser a razão para a recusa de um paciente em alimentar-se (**sitiofobia**) e, quando ocorrem, costuma haver também associado um delírio de perseguição.

Na definição de **ilusão**, está implícita a ocorrência de um **engano** (*iludire*) em relação à percepção de algum objeto real. As que têm importância clínica são as provocadas por um estado especial dos afetos, **catatímicas** (e que são a fonte de boa parte das crenças em entidades mitológicas primitivas que são “percebidas” nas florestas) ou em turvações menos profundas da consciência, como no início de episódios de “*delirium tremens*”. Foi a não advertência desse critério que levou alguns autores a produzir definições de ilusão que não as diferenciam das **pareidolias** (ver adiante), como as de *Alonso-Fernández* e a de *Dalagarrondo*: “...caracteriza-se por uma percepção deformada, alterada, de um objeto real e presente”. Falar do engano, ainda que momentâneo, é imprescindível para as ilusões.

Fiel àquele esforço de entrecocar **senso-percepções** com as **representações**, diríamos que, nas ilusões, a partir de uma **senso-percepção** não muito nítida e, na maior parte das vezes, não sentida como corpórea, a pessoa associa uma **representação** em cuja existência acredita, embora momentaneamente. Ou seja, a ilusão é um **fenômeno misto**: senso-perceptivo e representativo. Podem acontecer em todos os órgãos dos sentidos, embora as visuais chamem mais à atenção e tenham maior importância clínica e mesmo cultural. Boa parte dos relatos sobre entidades fastasmagóricas, vistas em situações de medo e penumbra baseia-se em ilusões associadas à sugestionabilidade. Nomeei, recentemente, as **ilusões catatímicas de reconhecimento**: pacientes sofrendo de TEPT ou mesmo após situações de grande ameaça (sem que se configure aquela condição) podem começar a “reconhecer” seus agressores em pessoas parecidas, apresentando as reações fisiológicas correspondentes. E quantas injustiças foram cometidas, especialmente contra negros nessa situação! As verificações costumam desfazer o engano, critério imprescindível para caracterizar como ilusório a falsa

percepção. Caso a crença se sustente, o fenômeno deve ser classificado de outra forma: uma alucinação, na maior parte das vezes.

As “**Alucinações Funcionais**” são auditivas e caracterizadas pelo surgimento de vozes falsamente percebidas associadas a outro ruído, na maior parte das vezes de natureza contínua e de origem não diretamente humana. Examinei casos em associação com o ruído de ventiladores, motores de ônibus, ar condicionado. Quando esses ruídos eram acionados, disparavam a audição de xingamentos, comentários jocosos e ofensivos (na maior parte das vezes). A tradução direta resultou desastrosa. Em português, diz-se ser “funcional” algo que é prático e útil. Em verdade, são “**ALUCINAÇÕES EM FUNÇÃO DE..**”. Aqui, a exemplo das ilusões, também se associam: uma **representação** a uma **percepção verdadeira**. Nesse caso, porém, contrariamente ao que acontece nas ilusões, **as duas não se confundem ou misturam**, seguindo independentemente, como que em movimento paralelo. São mesmo alucinações por cursarem com crença na existência do objeto, apesar do absurdo implícito. Não deixa de ser pungente e dramática essa “comunicação” que se estabelece, ainda que de maneira passiva, entre o paciente e o mundo inanimado. Para todos os casos que vimos, nos quais esse sintoma foi caracterizado, o diagnóstico de esquizofrenia se impôs.

As falsas percepções **eidéticas** ou **representações pós-sensoriais** não têm qualquer associação com patologia. Podem ocorrer em pessoas que estiveram submetidas a uma paisagem monótona e repetitiva, como no caso de exploradores dos polos. Posteriormente, podem continuar a representá-lo, seja com os olhos fechados ou abertos. São também muito vívidas, cursando com outras características mais típicas das percepções: a **extrojeção**, por exemplo. Em verdade, são como que projetadas sobre o meio externo ou na escuridão. São influenciáveis e, em geral, não têm a mesma nitidez que a percepção real, embora tenham muito maior vivacidade do que as representações habituais.

Curiosamente, o exemplo mais corriqueiro (quase universal) desse tipo de ocorrência, passou despercebido aos diversos autores da área, talvez por não ser visual, mas atingindo a sensação de equilíbrio. Qualquer pessoa que tenha passado muitas horas em uma embarcação “jogando” muito, dela costuma sair com a impressão de que continua embarcada. Isso sugere que, para estímulos muito repetitivos, existe a tendência a com eles de tal forma sintonizar, que, mesmo depois de cessados, continuamos a “antecipar” uma sensação que não mais existe.

Esse tipo de representação tem mais importância psicológica do que clínica propriamente dita, uma vez que são variações extremas da nossa capacidade de REPRESENTAR ou “re-apresentar” uma experiência qualquer. Nas **pareidolias**, a exemplo das ilusões, a partir de uma percepção verdadeira, na maior parte das vezes também de contornos não muito nítidos, a pessoa associa uma representação de caráter imaginativo. A capacidade de “produzir” pareidolias é a fonte das denominações de constelações e de certas cadeias de montanhas, mas também é a responsável pelo surgimento de imagens nos contornos das nuvens, de certas manchas nas paredes ou até do medo que algumas crianças têm de móveis com manchas nas quais possam “ver” olhos de monstros, etc., especialmente em semi escuridão. Esse é, aliás, o limite entre as pareidolias e as ilusões, nas quais o engano e a emoção correspondente são obrigatórios. Para que um fenômeno do gênero seja classificado como uma pareidolia, o engano propriamente dito não pode acontecer. São também a fonte dos **Testes Projetivos**: pranchas com imagens de contornos não nítidos, nas quais a pessoa “projeta”, a partir dos seus próprios conteúdos emocionais e dos seus traços fundamentais de personalidade. Por duas vezes vi pareidolias adquirindo importância clínica: uma artista plástica sofrendo de Transtorno Bipolar do Humor e que as produzia em profusão e um jovem esquizofrênico que sofria horivelmente reproduzindo imagem do órgão genital em toda

reentrância percebida. Também para as pareidolias, costumamos ficar excessivamente prisioneiros dos fenômenos visuais, mas há também a partir de outros órgãos do sentidos. Certa vez, em um carro velho, alguém perguntou o placar de um jogo. Respondi que os limpadores dos vidros “sabiam”, pois, a cada movimento emitiam “Tá um a um”. Independentemente das risadas, ninguém mais conseguiu se “libertar” da pareidolia.

Há ainda algumas modalidades pouco frequentes de falsas percepções: **lilliputianas** – visão de seres humanos muito pequenos. O caso mais marcante para o fenômeno que acompanhei foi o de um paciente que havia iniciado tratamento com *clomipramina* e a manifestação teve características pseudoalucinatórias, ou seja, o paciente manteve a crítica; **sinestesia** – representação em uma esfera dos sentidos, de estímulos em outra: a partir de uma percepção real, “ver” sons ou “ouvir” imagens; **dismegalopsia**– tem caráter ilusório ou pseudoalucinatório e implica o surgimento de grandes deformações nas dimensões do percebido. Todos esses fenômenos são associados mais freqüentemente ao uso de alucinógenos. O mesmo se pode dizer em relação ao “**trailing**”, desdobramento da percepção em uma sequência de diversas imagens, à maneira do que é provocado por certas luzes e também ao que ficou conhecido por “**flash back**”, caracterizado por um retorno de fenômenos pseudoalucinatórios (manutenção de crítica, entre outros critérios já assinalados) tempos depois do uso de alucinógenos.

A muito mal denominada “**alucinação negativa**”, é descrita como a não integração mental de alguma pessoa ou objeto, apesar de presentes de forma destacada no campo perceptivo. A denominação (se pelo menos o fizessem com aspas...) é péssima e o fenômeno é associado aos quadros conversivo/dissociativos. Podem ser pareados ao que se passa no estreitamento da consciência: como que uma ABLAÇÃO do campo de integração das experiências. Por isso, poderiam ser chamadas de **cegueira seletiva**

(psicogênica, como no caso das amnésias seletivas) decorrente de **estreitamento do campo perceptivo**. Sua relação com a senso-percepção é secundária.

São referidas também, alucinações que se passariam fora do campo perceptivo possível e, nesses casos, são denominadas **alucinações extra-campinas***. O paciente pode dizer que está “vendo” alguém do outro lado de uma parede, ou que está ouvindo alguém comentando sobre a sua vida a partir do outro lado do oceano. Implicam sempre um prejuízo grave da capacidade de bem julgar. As vozes ouvidas “dentro da cabeça” (habitualmente classificadas como pseudo-alucinações) muito frequentes nos pacientes esquizofrênicos, também poderiam ser assim classificadas, pois se dariam fora do campo perceptivo propriamente dito. Importante, nesses casos, é a perda de juízo crítico quanto ao fenômeno.

Os fenômenos denominados *déjà vu* e *jamais vu*, não se referem propriamente à senso-percepção, mas são freqüentemente entre eles estudados. No primeiro, a pessoa tem a sensação de já haver visto, ou vivenciado (*déjà vecú*) uma situação absolutamente idêntica no passado. Na segunda, ao contrário, há uma súbita e pouco duradoura sensação de estranhamento de situações muito familiares, o que a aproxima muito dos transtornos dissociativos. Já se aventou a engenhosa hipótese do *déjà vu* decorrer de uma “integração dupla” em dois momentos nos hemisférios corticais (como uma “anacruse” na música), o que provocaria a estranha sensação. Não implicam patologia, mas são frequentemente associadas à epilepsia e outros transtornos orgânicos, talvez indevidamente.

Por fim, e para enfeixar este capítulo, mas também me referindo ao anterior, temos observado que as alucinações e os delírios são, muito

* Alguns autores mais recentes têm proposto um estudo mais específico da IMAGINAÇÃO entre as funções psíquicas. Dou muito valor a elas, pois estão na base da CRIATIVIDADE e aproximam muito os artistas dos assim chamados loucos. Alguns, aliás, acumulam as duas possibilidades. Autores suecos demonstraram de forma cabal uma associação epidemiológica entre elas. Dessa forma, a loucura, em termos sociais, estaria longe de ser um MAL em si, mas um preço que a humanidade paga pela ARTE. Em Psicopatologia, entretanto, esse apelo à **imaginação** parece visar uma acomodação/deturpação de conceitos.

frequentemente, associados a um dramático e intenso sentimento de solidão e isolamento. É bom que não nos esqueçamos de que somos, antes de tudo, seres eminentemente sociais, implicando uma necessidade imperiosa do outro: quando ele não existe, há que “inventá-lo”. Os delírios de referência e as alucinações auditivo-verbais não deixam de ser formas de interação com outros “seres humanos”, ainda que inexistentes. A interação com outros seres humanos parece ser fator essencial para a delimitação do nosso próprio eu. Nas situações patológicas de isolamento, mas também nas provocadas artificialmente em pessoas normais, começaríamos a perder a capacidade distinguir vozes propriamente ditas da “fala interna”, que todos exercitamos diariamente, sem disso nos darmos conta. O achado de que, durante o fenômeno alucinatório auditivo-verbal, a ativação se dá nas áreas associadas à fala (e não audição) é um reforço a esse raciocínio. Mas será isso digno de provocar admiração, se até no mundo inanimado tudo precisa ser analisado em relação a um meio? *“Não devemos imaginar que os corpos possuam as suas qualidades por eles mesmos, independentemente de outras coisas. Um pedaço de ouro, por exemplo, se fosse afastado da pressão e da influência de qualquer outro corpo sobre ele, perderia imediatamente a sua cor amarelada e o seu peso, tornando-se também friável... Sabe-se o quanto os animais e vegetais dependem da terra, do ar, do sol... Sabemos, por ventura, se as estrelas muito afastadas não exercem também influência sobre nós?”* Leibniz – “Novos Ensaios”

VIII- A MEMÓRIA E SEUS TRANSTORNOS

Ao contrário de muitas outras funções psíquicas, a memória tem uma definição que nos parece muito satisfatória: **a capacidade de fixar (reter),**

consolidar e evocar, de maneira intencional ou não, ao menos uma parte daquilo que foi experimentado.

Foi através da sua **memória** e, principalmente, da sua capacidade de registrar os acontecimentos, que o homem se tornou um ser histórico. Como ela é importante, mas como é falha! Piaget conta que sua primeira recordação era a de quase haver sido sequestrado aos quatro anos, em um parque público, o que teria sido impedido por sua ama. Quando estava já na adolescência, a mesma ama entrou pela sua casa dizendo que inventara toda a estória para ser apresentada, ou seja, não havia propriamente memória de acontecimento algum, mas o registro que ele fizera da história ouvida adquirira a força de um fato extremamente dramático. Há inúmeras referências a acontecimentos semelhantes, mas não tão dramáticos, nas vidas das pessoas comuns*.

Não se deve pensar na memória como um fenômeno passivo, mas como fruto de um trabalho muito ativo da mente, embora, na sua maior parte de forma inconsciente. Mais difícil de entender e aceitar, é que o **esquecimento** seja também, certamente, um fenômeno ativo. Pensamos no **recordar** habitualmente como fruto de um esforço e, no **esquecer**, como o seu fracasso. Não é assim que as coisas se dão. É a capacidade de esquecer, mas também a seleção do experimentado, que dão a marca de uma individualidade. O que estaria em questão, em verdade, seria nossa capacidade de criar NARRATIVAS individuais. Não por acaso, os gregos chamaram MNEMOSYNE a “Deusa da Memória” (aquela que **junta** os registros em uma narrativa). No TEPT, contrariamente à afirmação de pesquisadores quanto a uma eventual hipermnesia, haveria uma “recusa a metabolizar” determinado acontecimento. Por isso, os fatos geradores continuariam retornando como da primeira vez, para

*Em seu “Guerra e Paz”, Tolstoi refere a sua observação de que qualquer sobrevivente de uma grande batalha, se questionado acerca do como ela se deu, nos dias imediatamente subsequentes, relatará um completo caos de fumaça, lama, barulho e cheiro de pólvora. Caso a mesma investigação se dê alguns meses depois, a mesma pessoa tenderá a relatar os mesmos detalhes romanescos e rocambolescos, acerca dos grandes heroísmos das crônicas de guerra, como se os tivesse presenciado.

um ser que teima em continuar passivo diante deles: *"O esquecimento não é só uma vis inertiae...Antes, é um poder ativo, uma faculdade moderadora à qual devemos o fato de que tudo quanto nos acontece e absorvemos apresenta-se à nossa consciência durante um estado de "digestão" (absorção psíquica)".* (F. Nietzsche, "A Genealogia da Moral").

Eventuais registros de tudo o que se passa em um ambiente é manifestação de passividade e seria uma quase transformação da mente humana em uma máquina, câmera ou fita. Os mnemonistas, que participavam de espetáculos nos quais exibiam seus dotes, sofriam, em verdade, da incapacidade de esquecer. Até mesmo do ponto de vista do aprendizado e do saber em geral, o que mais conta são: a **hierarquização**, ou seja, a capacidade de captar o que é essencial e a sua separação do que é acessório; e também a **capacidade de estabelecer novas correlações e associações**, segundo o princípio de *Leibniz*: *"O conhecimento é um oceano único"*. O registro passivo de tudo experimentado mais "afoga" o sujeito em um oceano de "não saber" do que o ajuda a "navegar" sobre esse mesmo "oceano".

Na década de 1950, foi desenvolvida a hipótese da formação de **engramas**: produção de RNA registrando as experiências. Esse modelo--- formação de uma molécula que funcionava como uma espécie de "fita-registro"---foi usado para tentar explicar o fenômeno verificado com um verme, a **planária**: quando, depois de ter desenvolvido um reflexo condicionado, uma planária servia de alimento para outra, a ela transmitia a capacidade de reagir também de maneira condicionada, sem que essa segunda tivesse a necessidade de ser submetida à experimentação. Hoje, porém, pensa-se muito mais no estabelecimento de novas conexões neuronais e no aumento de sua rede, do que naquele modelo excessivamente mecânico para explicar um fenômeno tão complexo.

Muito inadequada nos parece a subdivisão da função mnêmica em **primária, secundária e terciária** (para registros de curto, longo e muito remoto prazos, respectivamente). Dá a impressão de um continuum, o que não é

verdade: *“Acreditava-se, que quanto mais tempo o material permanecesse na memória de curto prazo (basicamente por repetição), maior a probabilidade de ser transferido para o armazenamento de longo prazo....Isso não é verdadeiro”* (MATTOS). Há, sem dúvida, uma atividade mnêmica passiva associada ao reconhecimento imediato de alguma coisa. Os esquizofrênicos, que apresentam muitos sintomas ditos *negativos*, por exemplo, tendem a obter um baixo rendimento nos testes que implicam a lembrança ativa de palavras (teste de Rey) a eles mostradas previamente, mas rendimento razoável no seu reconhecimento, quando da sua reapresentação.

Muito equivocada nos parece ser a tentativa de isolar as assim chamadas funções cognitivas em relação à vida afetiva em geral. Qualquer tratador de animais sabe: o aprendizado é muito associado ao reforço e/ou punição (mais o primeiro do que a segunda). Tudo estaria relacionado ao INTERESSE e/ou evitação. Por isso, a ATENÇÃO poderia ser considerada uma espécie de “MEDIADORA” (ou função intermediária) entre os afetos/desejos e a memória. Afinal, são o direcionamento e a sustentação da **atenção** (sobre um fenômeno ou objeto) que garantem melhor registro. Por isso, tratar a MEMÓRIA como uma função puramente COGNITIVA, é um contrassenso. A simples desorganização das funções assim denominadas (memória, atenção, inteligência) sempre que uma pessoa é impedida de dormir e/ou sonhar (necessidades nem um pouco cognitivas ou conscientes) é uma prova empírica da sua dependência em relação a processos mais profundos.

CLASSIFICAÇÃO DAS AMNESIAS ou HIPOMNESIAS

1-SEGUNDO O PERÍODO (a palavra **extensão** definitivamente não deve aqui ser aplicada, como o fizeram praticamente todos os autores, uma vez que a memória se refere principalmente a **tempo**, e não ao **espaço**): **lacunar**, se o

período é curto e bem delimitado; **massiva*** se, ao contrário, o período é longo e mal delimitado. Utilizando-nos de uma linguagem muito cara aos pesquisadores afeitos a escalas, diríamos que nunca se procedeu à feitura de “pontos de corte” para sistematizar a separação entre as duas. O fato, é que há uma variação enorme entre elas, decorrente, na maior parte das vezes, da intensidade de um TCE e duração do coma que o sucede. Em entrevista na TV com alguns homens em leitos de hospital (feridos na queda de uma arquibancada em S. Januário), um se lembrava de que estava assistindo o jogo, mas não se recordava do placar no momento do acidente ou sequer do tumulto que se seguiu, enquanto outro sequer se lembrava de haver assistido a algum jogo de futebol nos dias anteriores.

As crises convulsivas, espontâneas ou provocadas pela Eletroconvulsoterapia (ECT) costumam deixar amnésias tipicamente lacunares, embora uma sequência muito longa de aplicações daquele procedimento possa provocar uma amnésia massiva. É bom que se assinale, porém, que tal prejuízo se manifesta apenas para aquele período, e não para a função mnêmica anterior e/ou posterior e, por isso, não chega a causar maior prejuízo à adaptação do paciente às necessidades da vida.

Quando a amnésia se refere a um **tema** específico e não ao **tempo**, é denominada **seletiva ou sistemática**. A partir de um acontecimento sentido como insuportável, e por um processo de natureza inconsciente (não intencional), a pessoa como que circunscreve esse acontecimento, e tudo o que a ele se refere, bloqueando seu acesso à consciência. Por definição, fatos que ocorreram no mesmo período, mas não são relacionados ao acontecimento emocionalmente traumático, podem ser plenamente rememorados. Essa é a

* Também não nos satisfazem os termos *maciça* e *generalizada* para denominar esse tipo de amnésia ou dismnésia. O primeiro é por demais concreto e material; o segundo sugere que a amnésia atinge toda a função mnêmica e não é isso o que acontece necessariamente. O termo *massiva* é de origem latina, usado no francês e no castelhano; encontra-se dicionarizado em português com o significado que aqui lhe foi atribuído.

razão pela qual consideramos sua classificação junto com as anteriores, completamente inadequada. Examinamos uma paciente cuja irmã era uma dançarina de cabaré, que, durante o verão europeu, costumava ir para a Espanha trabalhar. Logo depois de uma das suas viagens, faleceu em circunstâncias nebulosas. Ao receber a notícia, sua irmã se esqueceu de tudo o que se referia à viagem, de cujos preparativos havia participado ativamente. Para ela, a irmã saía apenas para fazer compras e logo estaria de volta.

O fenômeno denominado “**Black out**” **alcoólico** também gera uma amnésia que pode ser classificada entre as lacunares, embora possa atingir períodos relativamente longos. É comum que os pacientes refiram até que momento têm registro mnêmico assim que recobram a consciência.

2- SEGUNDO A REVERSIBILIDADE—Algumas amnésias são plenamente reversíveis e outras não. Assim, e por definição, os fatos cuja evocação foi bloqueada, seriam passíveis de plena rememoração, especialmente quando o paciente é submetido à hipnose. Essa rememoração pode se dar durante o transe, ou mesmo depois, caso o paciente receba uma ordem no próprio transe. Pode haver também uma rememoração espontânea ou durante um processo psicoterápico. Já aquelas amnésias nas quais o material anteriormente consolidado se perdeu (trauma, crise convulsiva e outros) devem ser classificadas como irreversíveis.

3- SEGUNDO A ORIGEM OU NATUREZA—De acordo com esse critério, as amnésias seletivas são **psicogênicas** (têm etiologia “psicológica”) e as demais são **organogênicas**.

4—SEGUNDO O “SENTIDO DE DESLOCAMENTO” DA PERDA (para frente ou para trás, no tempo) — Depois de um esforço enorme, esta foi a única denominação que encontramos para classificar as amnésias **anterógradas** e as **retrogradas**. É em relação a esse critério que se têm cometido os maiores erros. Considerando uma sequência linear para os registros mnêmicos, as

anterógradas se dariam a partir do acontecimento que a originou, **para frente ou adiante**, ou seja, o paciente perderia a capacidade de registrar os novos acontecimentos satisfatoriamente. É bom lembrar que o radical “*grado*” implica gradação: grau, gradiente, gradativo, etc. Ou seja: vai perdendo gradativamente e para frente, no caso da anterógrada. Nesses casos, exceto para algumas demências, costuma haver uma razoável tendência à preservação do material registrado antes do início do transtorno. Diante da caracterização de uma quase exclusividade desse tipo de amnésia (sem perda “para trás”), dizemos se tratar de uma **Síndrome Amnésica**, a qual costuma cursar com uma razoável preservação de outras funções cognitivas. O caso mais interessante que examinamos para essa condição foi: uma senhora de cerca de 70 anos com o diagnóstico presuntivo de demência, mas em cujo exame tivemos a impressão de caracterizar razoável preservação da inteligência, principalmente a partir da sua capacidade de abstrair. Perguntamos-lhe o que ela entendia por: “**Mais vale um pássaro...**” e ela nos deu uma resposta satisfatória. Passados alguns minutos perguntamos novamente: “**A senhora já ouviu falar em ditado popular? O que a senhora entende a por: mais vale um pássaro...**” obtendo uma resposta muito semelhante. Passados novamente alguns minutos, repetimos o procedimento e obtivemos a mesma resposta, *ad infinitum*. Ou seja: ela não se lembrava da pergunta repetida inúmeras vezes, mas mantinha a capacidade de interpretação. Posteriormente, obtivemos a informação de que a paciente sofrera um TCE que não fora suficientemente valorizado. Há hoje uma tendência a atribuir o termo DEMÊNCIA de maneira pouco criteriosa, segundo nossa impressão. Com isso, perdem-se muitas sutilezas semiológicas e de classificação.

É muito comum que os pacientes com síndrome amnésica apresentem o que ficou conhecido por “**Paradoxo de Claparède**”. O investigador, tendo na mão um objeto pontiagudo, apertou a mão de um paciente. Posteriormente, e

apesar do paciente não se recordar do acontecido, Claparède nunca mais conseguiu que o paciente lhe desse novamente a mão. Reparou também que o mesmo paciente reagia com **familiaridade** em relação a pessoas com quem havia interagido, apesar de continuar afirmando não as conhecer. A partir dessas sutis observações, foi desenvolvido o conceito de **memória declarativa vs não declarativa**, dependentes de áreas e circuitos neuroanatômicos diferentes. Poderia ser considerada também uma “memória inconsciente ou dos afetos”, reforçando a idéia de que grande parte das nossas condutas não é controlada pela vontade consciente.

O fator etiológico mais freqüente para o surgimento de casos do gênero é o uso crônico do álcool. Nesses casos, a síndrome recebe o nome de *Korsakov* (psiquiatra russo que a descreveu no início do séc XX). Pode surgir após episódio de *delirium tremens* ou de *encefalopatia alcoólica* por carência crônica (agudizada por diversos outros fatores) de vitamina B1. Vimos também casos de síndromes amnésticas que se seguiram a um grave estado de mal asmático, e outro em consequência de intoxicação por gás de cozinha após tentativa de suicídio.

As amnésias **retrógradas** são, na verdade, **retro-anterógradas** e são características dos processos demenciais. Durante muito tempo, acreditou-se que o processo de perda da capacidade de recordar eventos do passado obedecia ao que ficou conhecido por *Lei de Ribot*: **tendência a perder registros do mais recente para o mais remoto; do mais complexo para o mais simples e do que é menos importante, para o mais importante afetivamente**. Hoje em dia, sabe-se que aquele princípio foi rebaixado à qualidade de *Regra*, mas as exceções são tantas que talvez nem se justifique como tal. Não passou no teste que lhe foi aplicado, a partir da avaliação das recordações que pacientes dementes tinham, nos EUA, das guerras da Coreia e do Vietnã. A ser válida a lei de Ribot, os registros referentes à primeira deveriam ser muito mais fiéis do que os da

segunda e não foi isso o que se verificou. Posteriormente, dei-me conta (a partir da observação de uma aluna, UFF) de que essa avaliação sofreu grave viés, pois tomou somente UM dos seus critérios: a **linha do tempo**. Caso tomassem também o último assinalado, envolvendo os sentimentos e interesses, tudo poderia ser explicado e a regra teria sido salva: a guerra do Vietnã atingiu muito mais profundamente o povo americano do que a contra a Coreia. Em verdade, na prática clínica, a regra é bastante útil: é frequente que os paciente demenciados tratem seus filhos como se fossem seus irmãos ou mesmo pais. Por fim, vi colegas usando como sinônimos: “amnésia retrógrada e massiva”, somente porque a primeira costuma resultar na segunda e se referir a um passado mais ou menos remoto. Muitos pacientes, a partir de um trauma, por exemplo, ficaram com uma amnésia massiva sem qualquer tendência ao avanço da perda, ou seja: não seriam retrógradas. As duas partem de critérios muito diferentes.

5- SEGUNDO A QUALIDADE— aplica-se quando do surgimento de conteúdos mnêmicos fictícios, ou seja, referência a “*pseudofatos*” como se fossem registros de memória. Importante, é também assinalar: é fundamental que o próprio paciente esteja convencido da veracidade do que relata, caso contrário estaríamos apenas diante da muito prosaica mentira. São designados genericamente por **paramnesias**, as quais podem ser subdivididas em: ***fantásticas**** e ***confabulatórias***. As primeiras têm conteúdo delirante e, como a denominação sugere, trazem quase sempre a impossibilidade lógica a elas associada. Influenciado por seu sistema delirante atual, o paciente pode se “lembrar” de fatos que comprovadamente não aconteceram, mas que servem para reforçar seu convencimento delirante momentâneo. Há uma interpenetração

* Em nada nos agrada a aplicação desse tipo de termo a sinais ou sintomas psiquiátricos. Partamos do seguinte princípio: definitivamente, não existe nada de fantástico ou incrível em nossa prática. Tal uso parece ser uma herança dos tempos dos grandes espetáculos associados ao mau uso do hipnotismo e à exposição de aberrações genéticas. Além disso, e no caso, muito melhor teria sido a denominação: ***Paramnesia Delirante***.

com o conceito de representação delirante (ver exemplo no cap. Correspondente)

As paramnesias confabulatórias são diretamente associadas aos síndromes amnésicos e parecem cumprir o papel de preencher o vazio deixado pela perda dos registros recentes. Semiologicamente, quando se suspeita da sua presença, o entrevistador deve fazer perguntas que costumam disparar a fabulação, como por exemplo: “ *O senhor saiu ontem? Lembra-se de onde foi? Quem veio lhe buscar? O senhor passeou muito? Que lugares visitou?*” Nas respostas, o paciente costuma valer-se de conteúdos antigos de visitas a certos lugares, realizadas em outra época. Essas referências são necessariamente mutáveis, caso contrário implicaria memória preservada.

Há ainda outro tipo de paramnesia não passível de classificação segundo os critérios assinalados aparecendo na **mitomania**, também chamada inadequadamente de **pseudologia fantástica**. Por definição, as referências, nesses casos, não têm nada de absurdo ou fantástico; costumam ser, em princípio, verossímeis, o que pode provocar complicações legais graves, pois, frequentemente essas pessoas depõem como testemunhas de acontecimentos que não presenciaram. Os muito pouco confiáveis “detectores de mentira” seriam absolutamente inúteis nesses casos. A pergunta que se impõe é: por que não classificamos a crença mitômana entre os delírios, uma vez que muitas das suas características aproximam os dois fenômenos? Para nós, a solução do problema seria a sua inclusão entre os **Transtornos Dissociativos** (ver **Estreitamento da Consciência**), uma vez que as descrições clássicas, e que todos os casos que examinamos, apresentam todas as características daquilo que P. Janet chamou “*Estado Segundo*”: “*Existem sonhos em estado de vigília...Um homem faz grandes compras... para uma amante imaginária; (um outro) desempenha um papel de conselheiro escolar e se comporta em sua visita às escolas.. de maneira tão natural que nada nele faz suspeitar de um embuste,*

até que uma contradição demasiado grosseira põe fim repentinamente à ‘realidade da fantasia’” K. Jaspers. A discussão quanto a se essas pessoas acreditariam plenamente naquilo que afirmam também não resolve o problema. Prefiro aliar a tudo isso o critério: vivem, ainda que por períodos, de acordo com a crença que lhes parece ser absolutamente necessária ou não. Em caso afirmativo, a condição estaria caracterizada.

Ao término de um exame, no qual foram investigados dados de história com o próprio paciente, teremos uma idéia bastante razoável do funcionamento de suas funções ditas cognitivas, especialmente mnêmicas. Quando suspeitamos de que o paciente sofre de algum prejuízo nessa esfera há que iniciar sua investigação mais específica. As respostas a perguntas por: endereço completo, telefone, membros da família, número de filhos, suas idades, nomes e sua seqüência, existência ou não de netos, suas idades, nomes e filiação e outras, envolvem já um esforço considerável para qualquer um.

Depois de estabelecida definitivamente a situação da testagem específica, a memória anterógrada é fácil de ser testada, por exemplo, mostrando-se ou mesmo pedindo que o paciente nomeie alguns objetos, com a informação de que ele os terá que recordar posteriormente. É importante que o paciente nomeie os objetos, para se afastar a possibilidade de estar ele sofrendo de **agnosia** (incapacidade de reconhecer objetos ou certos estímulos). Pode-se contar também uma pequena história e pedir, depois de algum tempo, que o paciente a repita. A pergunta quanto ao cardápio da última refeição feita pelo paciente também pode fornecer algum dado, caso seja possível a verificação do acerto ou não da resposta. O sentido de localização geográfica também pode dar indícios sobre o funcionamento da memória. Assim, alguma relação geográfica entre os bairros conhecidos pelo paciente também pode evidenciar um prejuízo, assim como perguntas específicas, envolvendo temas de interesse do examinando (novelas, temas esportivos e outros).

Para bem caracterizar um prejuízo não muito intenso da memória de fixação, especialmente em relação a pacientes alcoolistas crônicos, o pedido para que ele nomeie os meses do ano na ordem inversa costuma ser decisivo. Esse teste é bastante sensível e bem melhor do que o muito usado “retirar 7 de 100 progressivamente: 93, 86, etc.”, excessivamente difícil segundo minha impressão. O mais razoável seria aplicar um deles e, caso o paciente seja bem sucedido, depois o outro. Ao que tudo indica, esse prejuízo é muito associado também a um déficit na capacidade de concentração. Bom é que não nos esqueçamos de que é muito freqüente a observação de alguma **fatigabilidade** ao exame de pacientes orgânicos, ou seja, seu desempenho tende a diminuir muito mais rapidamente do que seria de se esperar.

Para a avaliação da memória remota, é necessária a investigação da capacidade de preservar o registro de acontecimentos sociais, dos quais nenhuma pessoa pode ter deixado de tomar conhecimento, uma vez que as informações sobre a vida do próprio paciente frequentemente não podem ser checadas. Nesses casos, é possível, quando muito, encontrar inconsistência nas relações temporais entre os fatos referidos e contradições, especialmente se o prejuízo é sutil. Assim, perguntas sobre a construção de Brasília, a renúncia de *Jânio Quadros*, o golpe militar de 1964, as copas do mundo vencidas pelo Brasil e outras, costumam servir muito bem. Para testar aspectos retro-antegrados, a investigação, por exemplo, da relação entre o Vaticano, Roma e a Itália, assim como o nome do Papa, seu país de origem, seu nome anterior, pode ser bastante útil, pois quase todas as pessoas hígdas o sabem. Além disso, há uma complexidade na relação entre aqueles dados que temos visto se perderem em situações não muito graves de demência.

Dois fenômenos relacionados à atividade mnêmica, que não implicam a existência de um transtorno qualquer, são a **ecmnesia** e a **criptomnesia**. No primeiro, em situações extremas, a pessoa pode ter a sensação de que eventos

importantes de sua vida retornam à sua mente com uma componente visual imprescindível, e também com a vivacidade semelhante à das **alucinoses** (ou **pseudo-alucinações**, conforme a descrição de *Kandinski*). Os dois relatos por mim ouvidos ocorreram durante um quase afogamento e durante a capotagem de um automóvel, com pessoas sem transtorno mental algum. Os esforços neurocirúrgicos para a extirpação de focos epileptogênicos demonstraram que a estimulação de certas áreas dos lobos temporais pode provocar sensações semelhantes. A **criptomnesia**, ou plágio inconsciente, implica a apropriação de alguma idéia, tema musical, etc., percebido e registrado muito antes e ressurgido tardiamente como se fosse original.

IX- A INTELIGÊNCIA E SEUS TRANSTORNOS

As principais tentativas de definição da inteligência privilegiaram sua relação com a capacidade maior ou menor de **adaptação** de um indivíduo: “... *a capacidade geral de um indivíduo para adaptar seu pensamento (...) a novas exigências. É a capacidade geral de adaptação a novas tarefas e condições de vida*”. (W. Stern). Entretanto, a marca maior da genialidade, através da história, tem sido um tipo muito especial de “desadaptação” (com ou sem aspas) associada à perseguição. Quando Galileu demonstrou, praticamente inventando a experimentação, aquilo que Copérnico havia exposto teoricamente: que a terra era redonda; girava em torno do Sol e que não existia a tal redoma em torno do nosso planeta, onde os astros que vemos permaneciam fixados, foi contestado com a afirmação de que todos os astrônomos da nobreza e da Igreja afirmavam o contrário. Em resposta, ele escreveu: “... *As aves rasteiras voam em bando... A águia voa solitária nas alturas.*”

Estou convencido de que a principal característica da mais elevada inteligência é, ao contrário, a capacidade de imprimir a sua marca em tudo,

influenciando decisivamente o futuro da humanidade. Mesmo para os nossos mais “rasteiros vôos” do dia-a-dia, essa característica da inteligência é também determinante. Dentre as duas capacidades dos seres inteligentes: de **adaptação** e de **transformação** do mundo à sua volta, prefiro privilegiar essa última: considero que a adaptação precisa se apenas suficiente para ajudar a promover transformações.

Hoje, os pesquisadores psiquiatras têm tentado abandonar completamente o termo “INTELIGÊNCIA”, substituindo-o por “**Funções Executivas**”. Sempre que se esforçam para definir essas últimas, porém, acabam por reproduzir as definições de **inteligência** (derivada de “*intro-legere*”, ou “ler as coisas por dentro”). Além disso, é muita pobreza reduzir a mente humana ao meramente “executivo”. Afinal, quando alguém apenas executa alguma coisa, há de ser segundo os planos de alguém. Como podemos ver, essas formulações caem sempre na indução da submissão e da mera adaptação a algum poder encastelado em algum lugar. Quem sabe um computador à maneira do filme “2001”? E as funções **criativas, imaginativas** e outras, onde foram parar? Tentando aparentar muita modernidade, nossos pesquisadores parecem estar apenas macaqueando uma terminologia natimorta.

DEFINIÇÃO

Dizer que a *inteligência é a capacidade de resolver problemas novos* gera uma sentença para reproduzir em aulas, mas não nos faz avançar muito. Melhor é ter a humildade de *K. Schneider*: o que nos resta é “*circunscrevê-la mediante tentativas de aproximação...*”, e também que ela “*...consiste na totalidade das disposições e realizações do pensamento e sua aplicação às tarefas práticas e teóricas da vida*”.

Julgo ter feito um considerável avanço na compreensão mais abrangente do tema a partir da constatação de que “capacidade de resolver problemas novos” não distingue a inteligência humana da dos animais em geral. Em verdade, a humana implica a **capacidade de CRIAR problemas novos**, para nossa eventual grandeza e desgraça: quem mais sofre com isso é a própria natureza.

Ninguém mais duvida de que há uma influência decisiva da genética não apenas no grau, como também no tipo de inteligência de uma pessoa. Isso certamente influenciou a que *Spearman* (1927) imaginasse certo *fator G* “unificador” da inteligência. Certamente existe uma homogeneidade na expressão da inteligência dos indivíduos, embora existam pessoas muito canhestras nas relações sociais e capazes de excelentes desempenhos em outras áreas. O tal **fator G**, entretanto, parece-nos muito mais um *resultado* do que propriamente um fator e, por isso, sua importância deve ser reduzida apenas ao estudo daquela homogeneidade ou não do desenvolvimento da inteligência em seus diversos tipos. Em verdade, a formulação do conceito de fator G era apenas um último esforço de “coisificar” a inteligência. “... *A inteligência não é uma ‘coisa’, mas uma abstração feita a partir de comportamentos. Podemos, às vezes, semi-conscientemente, dotá-la de uma espécie de existência fantasmagórica, distinta e separada dos organismos inteligentes, embora só estes lhe possam dar sentido.*” (BUTCHER). O que existe mesmo são SERES, espécies, etc. mais ou menos inteligentes.

A MENSURAÇÃO

Nenhuma outra função psíquica foi submetida a um esforço de mensuração como a inteligência. As primeiras tentativas bem sucedidas nesse

sentido foram de Binet e Simon (1911), mas a noção de **QI (quociente intelectual)** é de Stern. Os dois primeiros formularam uma série de problemas de complexidade crescente e os aplicaram a centenas de crianças de idade variada. Verificaram, então, que crianças de uma faixa resolviam, em média, problemas de certo grau de complexidade. Outras, um pouco mais velhas, (também em média) resolviam problemas mais complexos e assim por diante. Com isso, criaram a noção de **idade mental**, a ser comparada à **idade cronológica**, dada em anos. Outra observação que fizeram, foi que algumas crianças de uma idade X conseguiam resolver problemas que habitualmente (em média) eram resolvidos a partir de uma idade um pouco mais avançada. Essas eram crianças que tinham inteligência acima da média. O contrário também ocorria. Tomados esses dados, Stern apresentou-os sob a forma de fração, criando a noção de QI: **idade mental/idade cronológica x 100**. Com o passar do tempo, outros autores tornaram mais complexa a equação, subdividindo-a em meses, mas isso não nos interessará aqui.

Apesar de todas as críticas que sofreram nas últimas décadas, a verdade é que os princípios que levaram à noção de QI continuam válidos e também que, se a sua aplicação a casos individuais pode produzir resultados dúbios, a constância observada nos resultados de sua aplicação a populações, nas mais diversas culturas, é uma prova de sua utilidade.

Muito mais complexas são as escalas criadas por Weshler, envolvendo testes de conhecimento, compreensão, memória imediata, raciocínio aritmético, identificação de semelhanças, ordenação de imagens, complementação de imagens, quebra-cabeças, associação de símbolos a outros símbolos (códigos) e vocabulário. Sua aplicação demonstrou que o ser humano atingiria o máximo de seu desenvolvimento mental entre 18 e 24 anos, o que nos parece muito mais verdadeiro do que os limites entre 13 e 15 anos, decorrentes do uso dos testes de Binet-Simon. Além disso, aquelas escalas permitem identificar declínios nas

funções intelectivas (tendendo a se acelerar a partir dos 60 anos); identificar as funções que mais se deterioram, em geral e em cada indivíduo particular, e até fornecem indicações quanto ao funcionamento precedente do examinado, mesmo quando alguma deterioração já foi observada.

Há que definir **oligofrenia: retardo** ou **parada** no desenvolvimento intelectual e/ou psicomotor, durante o processo natural de desenvolvimento intelectual. Assim, e a exemplo dos gráficos para o desenvolvimento de peso e altura nas crianças, também é possível fazer algo semelhante para avaliar o desenvolvimento da inteligência. Teoricamente, qualquer **perda** definitiva de habilidades adquiridas poderia ser classificada como **DEMÊNCIA**, independentemente da idade em que tivesse ocorrido. Não é o que habitualmente se faz. Findo esse desenvolvimento, a subdivisão dos indivíduos adultos, segundo o desempenho naqueles testes, levou à seguinte gradação:

QI de 85 a 115 – Faixa da normalidade. A margem é muito boa para que se evite considerar a existência de algum prejuízo para variações que poderiam ser atribuídas a outros fatores e não à inteligência em si.

QI de 70 a 85 – Foram denominados “**tórpidos fisiológicos**”, ou **limítrofes** e, em termos muito populares, são aquelas pessoas denominadas “obtusas”, “tapadas”, “muito esforçadas”, que não captam bem os chistes, as piadas, os ditos mais espirituosos e que evoluem com grande dificuldade em carreiras ou tarefas de natureza intelectual. Não têm importância clínica alguma.

QI entre 45 e 70 – **Debilidade mental ou oligofrenia leve** – não são doentes de maneira propriamente dita e não têm malformações evidentes. Sua principal deficiência é caracterizada no terreno da **abstração**. Os ditados populares lhes são incompreensíveis, ou melhor, não conseguem captar a sua finalidade que é sempre associar algo abstrato com algo muito concreto da vida. Assim, quando argüidos quanto ao que se quer dizer com “*de grão em grão...*” permanecem no grão, na galinha e no seu papo, não conseguindo fazer, a partir

daí, alguma associação com as situações humanas que inspiraram o ditado. Gostamos de aplicar os ditados populares, pois além de bem avaliarem a capacidade de abstração de uma pessoa, sua compreensão não implica grau algum de escolaridade.

É muito típico também, que esses pacientes não avaliem bem as situações nas quais se encontram e também que não consigam sintonizar com o que pode estar se passando na mente das demais. Ouvimos um débil mental, quando arguido pelo seu local de moradia, dizer: “...*moro do lado do açougue*”. Soubemos depois, que ele morava em um lugarejo na baixada fluminense, onde havia apenas um açougue. Ele, definitivamente, não conseguiu se situar em relação às pessoas que investigavam sua história naquele momento. Pacientes que sofrem desse tipo de condição, não conseguem ir além das operações aritméticas mais simples, nem aplicar bem as regras gramaticais também mais simples. Foram, desde a mais tenra infância, em geral, considerados “bobinhos”, passivos e sem iniciativa, além de apresentarem desempenho escolar sofrível, para dizer o mínimo. A capacidade de *generalização*, ou seja, de, a partir de uma característica qualquer, agrupar objetos, pessoas e, com isso, distingui-los de outros, também está prejudicada. Recentemente, solicitamos a uma paciente que verificasse as horas em um relógio de mostrador gráfico, o que ela não conseguiu fazer. Era capaz de ler razoavelmente e nos pareceu que a impossibilidade assinalada acima poderia servir como mais um instrumento de verificação. Interessante seria demarcar bem a idade na qual as crianças, em média, conseguem começar a ver as horas e chega a ser curioso que isso até hoje não tenha sido feito.

QI entre 20 e 45 – Imbecilidade ou oligofrenia grave. Aqui há, na imensa maior parte das vezes, malformações evidentes, insuficiência imunológica e esterilidade. A pessoa necessita de cuidados diuturnos para sobreviver. Tudo isso, aliado às condições desfavoráveis nas quais essas pessoas

costumam viver, faz com que não tenham uma expectativa de vida muito grande. Fenômeno curioso e ainda não explicado, é que pacientes que sofrem de *síndrome de Down*, quando sobrevivem por algumas décadas, tendem a apresentar precocemente, degeneração cortical muito semelhante à que ocorre na demência de *Alzheimer*. Pacientes com esse nível de QI aprendem algumas palavras, mas não as conseguem empregar adequadamente e nem bem as associar para construir frases além das necessidades mais primitivas.

QI entre 0 e 20 – Idiotia ou oligofrenia profunda – Nesses casos, o paciente apenas emite gritos e grunhidos; mantém conduta repetitiva e estereotipada e tem muito elevado limiar para a dor, ferindo-se com frequência e gravidade. Necessitam de controle permanente, pois tendem a deambular sem destino e, por isso mesmo, costumam se perder, a exemplo dos membros do grupo anterior.

Não deixa de ser curioso lembrar que todos os termos acima foram cunhados com objetivo científico e de classificação, assim como outros: *cretinismo*, *mongolismo*. Quando a língua popular deles se apoderou, entretanto, tornaram-se xingamentos.

GENÉTICA E DISTRIBUIÇÃO NORMAL

Não foram identificados cromossomos, “locus” ou gens mais especificamente ligados à inteligência, e todos os estudos com populações apontam para um perfil de herança **multifatorial** e **poligenética**. Podemos mesmo afirmar que a aplicação de testes específicos a grupos grandes, tomados ao acaso, quando expressos em gráfico, **produzirão sempre uma curva dita normal, ou de Gauss (ou “do sino”, ou “do chapéu”)**, com cerca de 85% dos indivíduos se distribuindo em torno da mediana. Essa distribuição, entretanto,

apresenta a tendência a **não** ser completamente homogênea, pois há uma concentração maior nos níveis inferiores da curva. Esse fenômeno é explicado pela ocorrência de diversos fatores: genéticos, cromossômicos, congênitos, perinatais, e mesmo outros mais tardios, “deslocando” pessoas que originalmente dispunham de herança genética para uma inteligência normal para aquele lado da curva. Esse é o caso das famílias nas quais surgem alguns casos de *fenilcetonúria* (incapacidade de metabolização da fenilalanina, levando à elevação de sua concentração no cérebro, o que impede seu desenvolvimento normal). Diga-se de passagem, a constatação de que uma dieta sem *fenilalanina* protege o cérebro daquelas lesões, reforçou muito a idéia de que, mesmo para doenças tipicamente de natureza genética, vale o princípio de que o *fenótipo é sempre o resultado da multiplicação (produto) entre genótipo e meio ambiente*. Parece haver pelo menos uma exceção a esse princípio: a *Coréia de Huntington*, cuja evolução catastrófica ainda não conseguimos influenciar de maneira marcante.

Outra observação de fácil constatação é a de que: para casos de oligofrenia mais profunda, encontra-se média de QI normal nos seus parentes em primeiro grau e, ao contrário, para aqueles com inteligência nos níveis de debilidade mental, existe a tendência a que se encontrem diversos outros parentes com inteligência significativamente abaixo da média. A explicação para esse aparente paradoxo brota facilmente se lembrarmos de que as oligofrenias mais profundas se devem a doenças específicas. Ou seja: a herança genética para a inteligência dos que a apresentam tende a ter sido, em média, semelhante à da população em geral. Já os débeis mentais o seriam por conta de uma herança verdadeiramente mais pobre, no que se refere à inteligência. Há que dizer, ainda, que o uso da expressão “deficiência mental leve”, apesar de bem intencionada, tem resultado em incompreensões muito perigosas até do ponto de vista legal.

Estamos convencidos de que o **QI 45** deveria ser tomado como “marco zero” da variação da normalidade. Nesse caso, as curvas obtidas seriam muito mais homogêneas. Os níveis inferiores a ele sempre se associariam a alguma doença específica. Os **casos clínicos** diretamente associados a QIs entre 45 e 70, na maioria das vezes, devem ser atribuídos à complexidade crescente das nossas sociedades e à sua incapacidade de responder ao tipo de demanda de desempenho que lhes tem sido exigida.

Que o desenvolvimento da inteligência não depende apenas da genética e da higidez física, mas também da estimulação ambiental, foi demonstrado em uma escola escocesa que recebia crianças excepcionais de todo o país. Todas as crianças, ao serem nela admitidas, eram submetidas a uma bateria de testes para ser estabelecido o seu QI. Findo um ano, todas eram novamente testadas. Examinando os dados obtidos depois de alguns anos de observação, foi observado que as crianças procedentes de zonas rurais apresentavam, depois de um ano de intensa estimulação na escola, elevação de seu desempenho significativamente maior do que as que procediam dos grandes centros urbanos (MAYER GROSS). Elegante conclusão: as crianças provenientes de centros urbanos já haviam sido estimuladas até o seu máximo possível de desenvolvimento, enquanto as que procediam das zonas rurais apresentavam, à entrada, um desempenho bem abaixo das suas possibilidades, por ausência ou deficiência de estimulação adequada. No mesmo sentido, o desenvolvimento de técnicas para comunicação por meio de códigos com os surdo-mudos também desmistificou a crença de alguns na associação obrigatória de surdo-mudez com algum déficit primário no desenvolvimento intelectual.

Estou convencido de que o desenvolvimento maior ou menor de uma inteligência e seu desempenho entre pessoas normais está muito mais ligado à capacidade de determinação e ao caráter do que a uma herança para a inteligência propriamente dita. Não é uma afirmação corrente a de que “usamos apenas

cerca de 20% do nosso cérebro/mente”? Talvez o esforço contínuo de “tomada de posse” do próprio potencial amplie muito esse aproveitamento, com o desenvolvimento de todos os seus talentos.

OS “TIPOS” DE INTELIGÊNCIA

Depois de um enorme esforço para demonstrar que a inteligência não existe fora dos seres e dos atos mais ou menos inteligentes, pode parecer estranha a sua tipificação. De novo, é importante não esquecer de que vamos falar de pessoas nas quais predominam algumas capacidades de apreender as situações, “decodificando-as”, enquanto, em outras, predominam outros “instrumentos de decodificação”, de maneira a melhor atuar no mundo. Sempre a partir do “*intro legere*” (ler “dentro das situações”).

A lista de “tipos” de inteligência tem crescido bastante nos últimos anos. Sem a intenção de esgotá-la, até porque, de tempos em tempos, somos convencidos da adequação da inclusão de mais um, diríamos que nossa lista até o momento é: **mecânica, espacial, verbal, musical, matemática e social** (também hoje chamada **interpessoal**). Muita mistificação foi feita em torno de certa **inteligência emocional**. Quando fizemos o esforço quase sobre-humano de ler o “best-seller” que um jornalista-psicólogo (muito mais jornalista do que psicólogo; mau jornalista, diga-se de passagem) escreveu sobre o tema, demos conta de que ele havia simplesmente se apropriado do já bastante conhecido conceito de **inteligência social**; trocado o seu nome e se utilizado do muito apelativo termo “emocional”. Sua boa estratégia de “marketing” envolveu até mesmo psicólogos e psiquiatras. Pois bem, sabe-se muito bem, que algumas pessoas têm maior capacidade para decodificar os sinais que as demais emitem socialmente (reveladores das suas intenções e necessidades mais profundas). Essas pessoas, ao entrarem em um ambiente qualquer, apreendem

imediatamente a sua estrutura hierárquica; percebem imediatamente quem com elas simpatizou ou antipatizou; quem em relação a elas está sendo sincero ou manipulador; sabem muito bem como atingir o coração dos mais ingênuos, manipulá-los até, e assim por diante. Enquanto outras, que podem ser verdadeiros gênios em outras áreas, são completamente ingênuas e manipuláveis na vida social. A denominação desse tipo de inteligência deve ser, obrigatoriamente, *social*, até porque, a expressão “**inteligência emocional**” parece-nos um contra-senso. Pode-se falar de uma *memória emocional* em relação à capacidade de reviver certas emoções disparadas por um ambiente que, inconscientemente, é associado a algum acontecimento traumático. Aplicado à inteligência, porém, esse termo não faz sentido algum. Quando lemos aquilo que nos foi possível suportar do livro em questão, vimos tratar-se de um verdadeiro “*manual da pusilanimidade*”, pois tudo o que privilegiou foi o **como se adaptar a qualquer ambiente e a qualquer custo**, chegando a fornecer um decálogo de condutas “muito adaptativas”. Onde foi parar o poder de transformar e de formar valores das grandes inteligências? E dizer que esse conjunto de folhas numeradas e muito bem impressas conseguiu atingir as universidades!

Hoje em dia, está absolutamente comprovado: certos tipos de inteligência são, em média, mais desenvolvidos em um gênero do que em outro. Em média, as mulheres apresentam um desenvolvimento de aptidões para o uso do verbo muito maior e o fazem mais rapidamente do que os homens, assim como os homens têm, também em média, as suas inteligências mecânica e espacial muito mais desenvolvidas do que as mulheres. Que esse dado não tem origem em aspectos culturais, praticamente o comprova o fato de que, na URSS, apesar do hábito generalizado para o jogo de xadrez, nenhuma mulher havia, até há alguns anos, atingido o grau de “grande mestre” e, como muito bem se sabe, é a inteligência espacial a que mais conta naquele tipo de jogo. Isso não desmerece

as mulheres. Como muito bem o disse um amigo, ele mesmo um bom enxadrista: “*O xadrez ajuda a desenvolver muito a inteligência... para jogar xadrez!!!*”. Afinal, convenhamos, para bem se adaptar à vida, o bom uso do verbo é muito mais importante do que jogar bem o xadrez.

Ouvi, recentemente, proposta por psicólogos, a existência de uma inteligência associada às artes plásticas, da mesma maneira que para a música. Não me convenci disso. Penso que, em verdade, há ali a ação de um conjunto de aptidões, mas talvez isso também seja válido para a chamada **inteligência musical**. Esse é, sem sombra de dúvida, um campo ainda não suficientemente explorado. Estou convencido, entretanto, da existência de uma inteligência intuitiva, muito precisa e rápida e para além dos meros **reflexos**. Esses não implicariam inteligência, embora estejam, a todo instante, resolvendo problemas novos e muito graves, alguns até implicando risco de vida. Observem que, quando estamos a uns 5 ou 6 metros do início de uma escada, já sabemos com qual dos pés pisaremos no seu primeiro degrau. Isso nos permite até fazer correções prévias (em função de problema ortopédico, por exemplo), de maneira a lá chegar com o pé preferido para aquela função. Muito antes da moda de contar passos para trás dos batedores de falta e de utilidade muito duvidosa, já era tomada a distância ideal intuitivamente.

O TEMPERAMENTO E A ADAPTAÇÃO SOCIAL

Os problemas de adaptação, muito freqüentes entre os oligofrênicos, decorrem basicamente do temperamento irascível de alguns deles e da muito fácil manipulação a que são submetidos por pessoas inescrupulosas.

As razões pelas quais algumas oligofrenias são associadas à sociabilidade e alegria, como é o caso da *Síndrome de Down*, enquanto outras, ao contrário, geram pacientes irascíveis, inquietos, agressivos e com elevado limiar para a

dor, como os casos de *galactosemia*, por exemplo, são totalmente desconhecidas. Esse é o fator determinante para a institucionalização que sofrem alguns desses pacientes por praticamente toda a sua vida. Historicamente, os oligofrênicos, a partir desse ponto de vista, foram classificados em **plácidos**, os primeiros, e **heréticos**, os segundos, mas certamente muito melhor seria tê-los denominado: *sociáveis* e *de difícil socialização*. A **passividade**, que é típica dos débeis mentais, servindo até de fator importante para o diagnóstico, também pode levar à sua utilização por grupos ou pessoas inescrupulosas para a execução de atos criminosos que sequer podem bem avaliar, não somente do ponto de vista da moral, como também do próprio risco.

A vida nos grandes centros, com sua tendência à complexidade crescente e sua exigência de especialização da mão de obra, tem sido muito cruel para com as pessoas menos dotadas do ponto de vista do potencial para atividades intelectuais. Existem, porém, e existirão sempre, atividades muito simples e repetitivas que são muito mais adequadas a essas pessoas do que a pessoas mais criativas.

Por fim, problemas graves de adaptação podem decorrer do excesso de exigência a uma pessoa com debilidade mental. No nosso início de carreira, realizei a internação de uma moça com debilidade mental, encaminhada por “agitação psicomotora e agressividade na escola”. Colhendo material com os acompanhantes, verifiquei que ela fora transferida, recentemente, de uma escola especial para outra com exigências curriculares normais. Tudo por influência da equipe de educadores muito bem intencionada. Achavam que, com isso, ela se desenvolveria normalmente. Na escola anterior, seu desempenho era muito superior ao das demais crianças, a quem ajudava, obtendo reconhecimento e reforço à sua própria autoestima. Na nova escola, tudo foi fracasso: um fracasso

aguçado pelo deboche e ataques recebidos de outras crianças, muito mais novas do que a paciente. A história terminou em uma verdadeira “reação catastrófica”.

Temos visto, com uma frequência considerável, o surgimento de episódios delirantes agudos em pessoas que sofrem de oligofrenia e a pergunta quase obrigatória nesses casos, tanto do ponto de vista do caso em si, como também da nosologia em geral, é: seriam “apenas” **oligofrênicos**, incapazes de dar um sentido ao que experimentam e, por isso, em condições especiais, começam a delirar de forma auto-referente e persecutória? Ou pacientes **esquizofrênicos**, cuja manifestação precoce da doença foi associada ao mau desenvolvimento de inteligência? Para lidar com esses casos, comecei a recorrer ao antigo conceito de *bouffées delirants...* (H. EY): “*delírios com eclosão relativamente aguda, de natureza transitória e polimórfica, surgidos em indivíduos sofrendores de algum estigma* (o autor acrescentou: “...*dos degenerados*”). Essa pode parecer uma questão superada, mas a verdade é que sempre ressurge na clínica e com conseqüências práticas ligadas principalmente à terapêutica e ao prognóstico. Costumamos tentar bem investigar a história pessoal do paciente, procurando caracterizar se houve tendência ao retardamento do seu desenvolvimento intelectual e psicomotor desde a sua primeira infância. É bom que não nos esqueçamos de que a oligofrenia é uma das condições nas quais a **História Pessoal** de um paciente geralmente se confunde com a sua **História da Doença Atual** (a outra é o **Transtorno da Personalidade**). De qualquer maneira, aplico o princípio estabelecido no DSM-III (1980), de que um diagnóstico de esquizofrenia implica sempre observação da evolução do caso. Os esquizofrênicos tendem a apresentar deterioração mais marcante das funções afetivo-volitivas, embora seu desempenho intelectual também sofra de maneira importante.

Por fim, é um bom princípio da pedagogia em geral, que diz: o que mais se espera de um educador, é que identifique o potencial de cada um auxiliando o

seu pleno desabrochar. A velocidade e o alcance desse processo haverão de depender sempre dos resultados parciais que se vai obtendo. Outro bom princípio foi formulado por Kant: “Só *aprendo aquilo que já sei*“, ou seja, só aprendo aquilo que, de alguma forma, já existe em mim como potencial. “Afrouxar demais a corda” (sem cobrar de cada pessoa um desempenho alcançável) nesse processo, é altamente frustrante; “esticá-la” demais, costuma fazer com que ela se “rompa”, sempre com consequências desastrosas.

X- SENTIMENTOS, HUMOR, AFETOS E SEUS TRANSTORNOS

“Chamo servidão, a humana impotência para governar e refrear as afecções (da alma)”.
Spinoza – Ética

Chegamos, por fim, ao terreno onde temos que caminhar como que sobre um telhado de vidro. Em relação a nenhum outro tema foram criados---ou adaptados da linguagem popular---tantos termos e expressões mal definidos. Muitos desses termos são usados indistintamente em alguns momentos, como se fossem sinônimos e em outros para fenômenos completamente distintos. Se o problema não deixa de ser dos autores, também o é do próprio tema em si, pois é nele que se encontram os mais impalpáveis e insondáveis de todos os fenômenos que se passam com os homens e também com os mamíferos e aves em geral.

Os capítulos correspondentes, das obras dos autores que se tornaram clássicos, são de quase fazer desistir do tema até o mais dedicado dos

estudantes. O que dizer da afirmação de *K. Jaspers*, emitida depois de tentar definir “*negativamente*” os **sentimentos** (ou seja, dizendo tudo aquilo que eles não são): “*em uma palavra, é tudo aquilo que não se pode chamar de outro modo.*”? E esta sentença, aliás, parece não ter sido escrita com humor, mas a sério mesmo.

Bem melhor, pensamos, é começar por uma declaração de humildade em relação à impossibilidade do pensamento humano para bem definir (no sentido já assinalado: reduzir às palavras, dar um fim; encerrar um problema) certas manifestações que nos reportam a algo muito próximo daquilo que *E. Kant* chamou a “*coisa em si*”. Essa é, aliás, uma das teses principais do “Livro 4” de “O MUNDO COMO VONTADE E REPRESENTAÇÃO” (*A. Schopenhauer*). Como reduzir a palavras o prazer que pode ser disparado pela admiração do belo, por exemplo, em suas mais diversas formas de expressão?

Proponhamos, então, ao possível leitor, um código mínimo de comunicação verbal que se aproxime daquilo que intuitivamente todos sentem e lhes é familiar. Sigamos o exemplo de *Max Scheller* e lancemos mão do termo **sentimento*** como uma espécie de “matéria prima”, subjacente a todas as manifestações da área. Tal utilização pode ser comparada, ao uso da palavra **sensação** quanto às reações provocadas passivamente nos órgãos dos sentidos pelos estímulos do meio. É a partir do estudo dessas duas capacidades que os respectivos temas são abordados. Enquanto as **sensações** implicam reações **objetivas** e **diretas** a estímulos do meio, os **sentimentos** implicam grande subjetividade. Reações objetivas aqui também acontecem, mas são muito mais complexas.

* É o termo basal e primário em relação ao tema. Inspira-se em *Max Scheller* (autor muito citado), que subdividiu os **sentimentos** em: **sensoriais** (prazer e dor); **vitais** (bem estar, fadiga); **psíquicos** (referentes a acontecimentos externos: ficar alegre ou triste em função de uma notícia); **espirituais** (o que há de mais elevado do ponto de vista dos valores estéticos e morais). Assim, praticamente todas as manifestações que vamos estudar podem ser enquadradas entre os “sentimentos” de *Max Scheller*. Estou em boa companhia nesse uso do termo.

O mais curioso, é que, mesmo tomando a obra de *M. Sheller* como referência, a maior parte dos autores da área ignora o termo essencial por ele utilizado: SENTIMENTO. Assim, seu nome e obra são tratados como mera ilustração, sem maiores consequências. Não se deram conta do excelente instrumento ali contido na ordenação do capítulo, pois fornece um conceito que serve de “esteio” para os demais. A maior parte dos autores toma, para esse fim, a palavra “Afetividade”, o que gera necessariamente um sério problema conceitual. Além disso, o esforço confessadamente fracassado de Jaspers para definir **sentimento**, é um indicador de que ele também o aplicava de forma genérica ao tema em questão: “*Chama-se habitualmente ‘sentimento’ a todo o psíquico que não se pode colocar em um mesmo plano que os fenômenos da consciência de objeto nem com os movimentos instintivos e os atos da vontade*” (K. JASPERS).

Estabelecido que vamos falar das várias formas de expressão dos **sentimentos**, a distinção entre duas delas: *afetos* e *humor* demanda um mergulho mais profundo na filosofia. A palavra **afeto** é prima-irmã de **afecção** (como se depreende da citação de Spinoza), originalmente carregada de uma conotação pejorativa. Toda a herança platônica implicava o esforço do desenvolvimento de uma *Razão* independente e acima das *afecções* que eram tratadas como fatores de perturbação ao seu funcionamento “harmonioso”. A **alegria, o ódio, a saudade, inveja** e assim por diante, seriam todos “sintomas” da “fraqueza” de uma Razão que deveria aspirar pairar acima de todas as afecções. *Descartes*, no seu “*As Paixões da Alma*”, diz que a origem das paixões seria sempre corporal, enquanto à alma caberiam esforços para seu afastamento (*Artigos 47 e 48*). Uma consequência natural desse que se julgava ser um esforço de “aperfeiçoar” a humanidade foi a desvalorização milenar do

elemento feminino*, pois as mulheres eram consideradas incapazes de “controlar” os seus afetos; por isso mesmo, seres “inferiores” e não confiáveis: “*LA DONNA È MÓBILE....*”.

Nesse caminho, seguiu o muito arrogante pensamento humano durante séculos, com seu desprezo por tudo o que aparentemente diminuía aquela ilusão de termos sido feitos à imagem e semelhança de Deus (esse sim, segundo as concepções da época, dotado de uma *Razão* acima das paixões em geral), até que, quase ao final do século XIX, **F. Nietzsche** “bradou” ao mundo: “*Não somos batráquios pensantes, aparelhos de gélidas entranhas; devemos parir constantemente nossos pensamentos de forma dolorosa e dar-lhes maternalmente tudo o que temos de sangue, paixão, tormento, consciência, destino e fatalidade.*” (*A Gaia Ciência – Prefácio*)

“*Por muito tempo, considerou-se o pensamento consciente como o pensamento por excelência. Somente agora, começamos a entrever a realidade: a maior parte de nossa atividade intelectual se efetua de um modo inconsciente e sem que disso nos apercebamos...*”. “(*Idem – Aforismo 334*)

De todo aquele esforço dos filósofos, restou uma lista de afetos (que gostamos de usar quase sempre no plural, contrariamente a **humor**, que exige o singular, pois, no plural, sugere *secreções e hormônios*). Assim, seriam **afetos: amor, ódio, esperança, temor, ciúme, desespero, coragem, ousadia, remorso, inveja, piedade, veneração, desdém**, e assim por diante, na lista quase interminável feita por *Descartes*. Os afetos podem ocorrer como “*fogos fátuos*”, dependendo de acontecimentos mais extremos da vida, sem implicar qualquer sintoma. Por exemplo: receber a “notícia” da morte de um parente,

* Alguns ditados precisam de complemento e nova dimensão: “Cabelos longos...idéias curtas...e INTUIÇÃO certa”. A inversão também pode ajudar: “Cabelos curtos...idéias longas...raciocínios ociosos e confusos”. Existiria uma metáfora com raciocínio mais longo e confuso do que o MITO DA CAVERNA de Platão?

* Muito significativamente, a primeira denominação que Nietzsche deu ao “*Aurora*”, foi: “*Relha do Arado*”. Sabia estar “revolvendo o terreno” no qual muitos iriam “plantar”. De outras vezes, comparou-se ao martelo e à dinamite, mas terminou por assinar sua última carta “O Crucificado”. Ninguém derruba impunemente tantas crenças falsas e caras a toda uma época.

caso a notícia seja logo depois desmentida, faz disparar os afetos mais variados. Curiosamente, um resquício da origem comum entre os termos **afeto** e **afecção** (doença, moléstia) é hoje ainda encontrado em algumas gírias usadas quase como um xingamento: “*afetada*”, “*afetação*”, aplicadas ao que é exagerado e artificial (mais frequentemente e por preconceito em relação às mulheres).

Por fim, **paixão** implicaria ter alguém se tornado como que um mero “joguete” nas “mãos da natureza”, sempre em função de vencer barreiras e convenções (elas mesmas frequentemente contra a vida). Há uma tendência generalizada à sua condenação, em geral. Trata-se apenas de mais uma expressão da apologia da razão, tão perigosa para a própria vida. As que vi e vivi, aliás, foram associadas a um tipo de atração que envolvia a reprodução da vida. Uma coisa é certa, de nada adiantam os esforços muito racionais para o seu bloqueio. Curiosa é a vergonha com que as pessoas (especialmente as mulheres) costumam se referir a essas situações. Em verdade, a tendência é ao seu “esquecimento”, depois de passada, é claro. Quem sabe aquele não foi nosso melhor e mais rico momento?

O HUMOR

Quando falamos em **humor**, estamos nos referindo a um **estado**, e não a algo fugaz, como é típico dos afetos. Por isso, não é razoável avaliá-lo em um “corte” estritamente transversal, ou seja, em um momento. Aqui, a possível exceção são os T. Bipolares cujo humor sofre **ciclagem rápida**. A avaliação do humor implica a observação de toda uma entrevista, pelo menos. Esse problema surge, por exemplo, quando precisamos fazer a distinção entre um **afeto** de **tristeza** profunda (diante de alguma perda muito dolorosa) e uma **depressão** do **humor** propriamente dita. É plenamente possível, que uma pessoa apresente uma tristeza muito profunda, com as suas típicas manifestações, sem que esteja deprimida do ponto de vista do humor propriamente dito. Agora, também é

óbvio que se uma tristeza se prolonga por muito tempo, ou se aguça a partir de novas perdas, haverá uma tendência ao desenvolvimento de depressão do humor, no sentido de uma **síndrome**. Essa distinção é absolutamente imprescindível, havendo de determinar uma decisão quanto à necessidade ou não de uma terapêutica específica e também de suas bases. Interferir na evolução de um luto normal, através do uso de medicamentos, por exemplo, pode produzir resultados desastrosos. Isso não quer dizer que essas pessoas dispensem algum cuidado, mas ele não deve ser eminentemente médico; “apenas” humano o que não exclui os médicos com perspectiva humana mais ampla.

Está absolutamente demonstrado: o não vivenciar plenamente um luto, diante de uma perda importante, costuma ser muito desadaptativo. Por outro lado, a identificação do ponto a partir do qual se pode começar a falar em um **luto complicado**, justificando terapêutica anti-depressiva específica, não é das tarefas mais fáceis. De qualquer forma, estamos convencidos de haver uma tendência à banalização dos atos médicos propriamente ditos diante de situações que se poderiam incluir entre aquelas que fazem parte das experiências normais da vida. A propósito, o último desastre conceitual provocado pela psiquiatria norte-americana foi protagonizado pelo DSM V: classificar como transtorno o LUTO, por ele mesmo e em geral. Tudo, ao que parece, para justificar intervenções médicas específicas.

Do ponto de vista do estudo das variações do humor, aplicamos um critério basicamente **quantitativo**: sua **depressão e elevação**, em relação (muito acima ou abaixo) às variações de sua oscilação normal. A palavra *depressão* foi tomada à geologia e aos estrategistas militares que a usavam para se referir aos acidentes dos terrenos nos quais as batalhas se dariam. Do mesmo modo,

tomamos à engenharia a palavra “*stress*”*. Caso exista uma deflexão importante no humor, dizemos haver **hipotímia** e, quando observamos sua elevação, dizemos haver **hipertímia**. O sufixo *timos* precisa ser ligado especificamente ao HUMOR. Até por ser um estado básico dos sentimentos---ou disposição fundamental em um período---sua associação com as glândulas e seus hormônios (**humores**), é mais razoável e natural. Totalmente desfocado parece-me também dizer que o HUMOR representa um “somatório dos afetos” (Cheniaux). Seria uma inversão. Afinal, é o ESTADO do HUMOR que dispõe e determina tudo o mais. Há quem considere esse conceito por demais subjetivo. Por isso, tentam separá-lo dos seus correlatos observáveis: sinais e sintomas, envolvendo também comportamentos intrinsecamente ligados ao HUMOR. Com isso, reduzem a caracterização do estado de humor a uma mera **referência** por parte do paciente: “*estou triste ou deprimido, ou...*”. Que semiologia é essa que fica escravizada à informação direta dos pacientes? Qual a necessidade de tanto esmero na observação se os leigos também sabem perguntar que alguém está triste? Assim, o fracasso da semiologia (no caso, da boa capacidade de observar) seria acompanhado da morte do conceito fundamental de um HUMOR de base, impondo a seu colorido (ou falta dele) a toda a expressão de uma pessoa. E é através dessas práticas, que o espírito “muito prático” está matando a boa capacidade de examinar.

A possível variação qualitativa do humor que existiria no **humor delirante difuso**, por exemplo, apesar de não usado nos termos aqui propostos, deve ser aceito (afinal, é consagrado) por conta de se tratar de um estado. É associado ao início dos quadros esquizofreniformes e sua presença sugere o início de uma esquizofrenia propriamente dita (a ser confirmada a posteriori e segundo a evolução observada). Outro uso consagrado do termo encontra-se na

* Algo parecido também se passou com a palavra “trauma”, a qual, originalmente, pertencia a outras especialidades médicas. Esse fenômeno da apropriação de termos é um sinal da importância da Psicologia. Quando pensamos que, de alguma forma, o ser humano continua sendo a medida de todas as coisas, torna-se fácil compreender que o estudo do seu funcionamento mental se torne o que há de mais importante.

expressão “**humor ansioso**”. Aqui, e apesar de também se referir a um estado, parece plenamente dispensável. Afinal a expressão **síndrome de ansiedade** resolve completamente o problema da caracterização, uma vez que o termo “síndrome” implica um estado. Já em relação ao também muito utilizado “**humor irritável**” implica uma associação **qualitativa** à comunicação do humor predominante. Como uma **hipertimia** costuma cursar com tendência à **irritação**, pode ser uma redundância. É efetivamente associado aos quadros maniformes, mas também pode ser encontrada nas depressões e há referências de que essa associação aumenta o risco para o suicídio. De qualquer maneira, prefiro tratar a **irritação** como um afeto e não como um estado de humor.

Teoricamente, é possível que alguém em **depressão** (do humor, é claro, e não muito grave) apresente um **afeto de alegria**, em reação a algum acontecimento muito esperado: a aprovação de um filho em um vestibular, por exemplo. Nesses casos, porém, é comum que se perceba o *pathos* depressivo por sob uma superfície que tenta parecer alegre. Talvez seja essa “impregnação”, perceptível por sob uma “máscara”, a origem do termo **patético**. É impossível asseverar, sequer investigar, mas observei em algumas situações ser esse uma espécie de “vestíbulo da loucura”.*

“És triste até quando sorris...” (As três idades – Manuel Bandeira).

CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS DOS AFETOS

Antes de tudo, há que assinalar quais os AFETOS predominantes no paciente examinado: tristeza, menos valia, auto desvalorização (comuns em deprimidos); suspicácia, medo, desconfiança (indicando atitude paranoide); mal estar geral, apreensão, medo (síndromes de ansiedade) e outros?

* Outra expressão com a qual se pode fazer algum paralelo é o “fingir que está louco”. No caso mais dramático acompanhado, tal “fingimento” era apenas um último esforço da RAZÃO para se enganar quanto a ter controle sobre uma situação. Pouco depois do “fingimento” o quadro psicótico se instalou na plenitude.

QUANTO À INTENSIDADE- Há uma enorme variação normal quanto à intensidade da expressão dos afetos. Já presenciamos, diante da representação teatral de uma tragédia, o choro, a estupefação e até o riso, provocados em uma plateia, pela mesma encenação e em um mesmo momento. Dessa forma, parece mais prudente reservar a caracterização como distúrbio somente para as variações mais extremas na sua expressão. O primeiro critério obrigatório para que se fale de variações quantitativas, entretanto, não foi cumprido até hoje: **o estabelecimento de uma faixa de variação do normal para os afetos.** É o que tentaremos fazer.

Considerando que os Transtornos da Personalidade, segundo o DSM III (a melhor e mais criteriosa classificação até hoje publicada) não apresentam **sinais e sintomas** propriamente ditos---apenas certos traços extremados, mal adaptativos e inflexíveis nas relações humanas---podem ser tomados como critério para o estabelecimento dos limites daquela variação do normal. Nesse sentido, os **esquizóides**, com sua frieza característica---nenhuma das suas manifestações afetivas é intensa: alegria, da raiva, da tristeza, vergonha---podem ser tomados como o ponto inferior daquela faixa. No outro extremo, estariam os **histriônicos** (deriva dos histriões: atores romanos muito exagerados) nos quais as expressões são muito exageradas, mas sem sintoma propriamente. É bom assinalar: o que vai nos interessar aqui é a diminuição da intensidade na expressão **geral e de todos** os AFETOS por um paciente. Um deprimido, por exemplo, não costuma expressar alegria, mas sua capacidade de expressar tristeza costuma estar preservada. Alguns referem um “sentimento de falta de sentimento”, mas estou convencido de que se referem à incapacidade de ter sentimentos mais ternos pelas pessoas amadas. Em verdade, as condições nas quais há um declínio generalizado na capacidade de expressar afetos de forma generalizada são: as esquizofrenias (principalmente os quadros residuais), transtornos de natureza orgânica mais específica, “*burnout*” e outros.

Nos estados **residuais** ou **defectivos** das esquizofrenias, encontramos aquilo que ficou conhecido por **embotamento afetivo**. A expressão certamente não é boa, pois sugere **não** ter havido uma eclosão prévia dos afetos (“ficou em botão”). A se valer de metáforas florais, melhor seria falar em “*despetalamento*” ou em um certo “*murchar*”, pois o que costuma ocorrer nesses casos, é mesmo uma **perda** da capacidade de reagir afetivamente às diversas situações. Bem melhor, é a expressão tomada emprestada do castelhano: **aplanamento dos afetos**, pois dá boa indicação do que se observa nesses casos por sua ausência de oscilações marcantes. Outras expressões que são freqüentemente utilizadas para a mesma situação são (gradativamente): **esmaecimento e esvaziamento**. Como expressão mais genérica, pode-se falar em um **empobrecimento dos afetos***.

Para deprimidos em geral, encontra-se um aumento de intensidade na expressão de alguns afetos: **tristeza, culpa, desesperança, ruína** e outros. Por isso, NÃO se pode falar, nesses casos, em diminuição da intensidade dos afetos. Em alguns casos, pacientes deprimidos se queixam de um indefinível (e aparentemente contraditória) **sentimento de falta de sentimento**. A própria queixa, por si só, implica a negação da afirmação. Trata-se, em verdade, de um julgamento a partir da observação de que os antigos e agradáveis sentimentos e afetos (amor, ternura, desejos sexuais) tornaram-se momentaneamente impossíveis. Sequer o termo **apatia** (ou “hipopatia”) é aplicável nesses casos.

Algo semelhante pode-se encontrar em pacientes que sofrem de **transtorno de stress pós-traumático** de longa evolução, e também em **alcoolistas crônicos**. Para esse tipo de manifestação, tenho sugerido a denominação: *Síndrome de desmoralização*, no sentido mais elevado do termo

* Essa é a razão pela qual apreciamos tanto a classificação dos sintomas esquizofrênicos em “*negativos x positivos*”, mesmo sabendo que ela pode induzir confusão em relação a juízos de valor. Enquanto os delírios e alucinações “*acrescentam*” algo e, por isso, são chamados positivos; o esvaziamento afetivo volitivo somente “*retira*”, principalmente AFETOS. A escala PANSS, muito utilizada hoje em dia na avaliação do desempenho cognitivo dos esquizofrênicos, também se aproveitou dessa forma de classificar esses sintomas.

moral: no sentido de *o moral*. É bom lembrar, entretanto, que a psicologia moderna é herdeira dos grandes filósofos da moral, Sócrates, Montaigne e outros. Além disso, os rudimentos de psicoterapia que foram aplicados até o século XIX eram denominados *tratamentos morais* (ver Goethe, “*Afinidades Eletivas*”) e, ainda, que os dilemas morais insolúveis costumam se associar a doenças físicas e/ou mentais. Quer nos parecer também, que os criadores da expressão “*burnout*”, partiram de aplicação muito parecida do termo *moral*: uma “carbonização” de valores e, em conseqüência, DO MORAL. De tudo isso costuma resultar um terrível CINISMO e descrença geral na humanidade e na vida em geral.

Um conceito que tem despertado muito interesse ultimamente é o de **alexitimia** (“*sem palavras para os sentimentos*”, numa hibridez greco-latina) cuja origem não conheço. Como a denominação bem o diz, implica incapacidade para sintonizar conscientemente com os próprios sentimentos, transformando-os em palavras. Em verdade, esse parece ser muito mais do que um mero sintoma individual. Tudo indica existir entre as diversas culturas e civilizações, uma variação em *continuum* na capacidade de verbalizar os sentimentos. Clinicamente, a presença de **alexitimia** se relaciona a um risco aumentado para transtornos somatoformes e para o abuso de substâncias psicoativas de uso legal e ilegal.

No extremo oposto, o da **intensidade aumentada da expressão dos afetos**, e em relação aos Histriônicos, diríamos que os “histriões” eram, na Roma antiga, os atores muito exagerados. Nada mais adequado do que tomá-los como referência. É bom que não nos esqueçamos, entretanto, de que há uma influência cultural importante, não só nas manifestações afetivas das pessoas, mas principalmente, no seu julgamento. No **DSM III**, entre os seus critérios estava: tendência a ser efusivo e a beijar no rosto uma pessoa que se acabou de

conhecer, prática mais do que aceita entre nós. A pergunta que sempre cabe em relação a esse tipo de julgamento é: de quem é o defeito? Soubemos que se formaram filas em Londres diante de uma clínica, onde cirurgiões haviam desenvolvido técnica para seccionar circuitos responsáveis pela **ruborização**, essa belíssima expressão “*visceral*” dos afetos! Os progressos dos esforços para transformar homens em “*robôs*” andam mais rapidamente do que a capacidade de fazer os “*robôs*” se parecerem com os homens.

A partir do “patamar” (em verdade um “teto”) estabelecido pelos transtornos histriônicos, uma intensidade aumentada na expressão dos afetos, que tem feitiço evidentemente patológico, é encontrada invariavelmente nos episódios maníacos e o mais frequente entre esses afetos, é o da **irritação**. Não corresponde aos fatos a crença de que esses pacientes têm como afeto predominante a **alegria**. A **hipersexualização** não deixa de ser um afeto característico nesses casos, assim como a **arrogância**, a **soberba**, a **auto-suficiência exagerada** e até a **tristeza** súbita, como veremos adiante.

Nos síndromes paranoides em geral, é quase obrigatória a tendência à presença de **suspiciência** (desconfiança exagerada), estado de medo permanente e também a atitude defensiva a ele associado. Vários dos outros afetos também podem ter expressão exagerada nesses casos como a **ira** ou **raiva**, a **indignação** contra aparentes injustiças sofridas, além de outros afetos indefiníveis que podem se expressar através da perplexidade.

Numa **síndrome de ansiedade** há, antes de tudo, um mal-estar geral acompanhado de uma **apreensão difusa** que tanto pode se associar a fantasias catastróficas com relação a pequenos sinais emitidos pelo próprio corpo (como por exemplo, uma alteração não patológica do ritmo cardíaco ou uma taquicardia), como também a pequenos atrasos na chegada de um filho à noite em casa. O uso de **ansiedade** como **expectativa** (associada a acontecimentos potencialmente positivos) ou **apreensão** (à antecipação dos riscos da vida

cotidiana) não é bom para o esforço de delimitar cuidadosamente a terminologia. Os sinais e sintomas mais freqüentes das **Síndromes de Ansiedade** são: tremores, sudorese, palpitações, sensação de respiração curta e insuficiente, dor ou desconforto pré-cordial, náuseas ou desconforto abdominal, tonteiras, sensações de despersonalização/desrealização, medo de “ficar louco” ou de “perder o controle” e outros. Tem se generalizado a subdivisão das manifestações assinaladas em “*Sintomas objetivos x subjetivos*”, os quais nada mais são do que os muito prosaicos **sinais x sintomas**, respectivamente. Os pesquisadores de cada tema têm todo o direito de tentar criar uma nova terminologia, mas um pouco mais de cuidado seria bem vindo. A **angústia** (de *angor*, aperto) é também um afeto, cursando com espasmo do esôfago (“*bolo na garganta*”) e associado a situações de ameaça extrema.

O quadro que passou a ser designado por *mória*, mas cuja tradução inicial do grego para o latim foi *moira**, refere-se à conduta e pensamento sem finalidade que se podem observar em **hebefrênicos** deteriorados, nos quais o esvaziamento afetivo-volitivo é quase total, embora associado à preservação da psicomotricidade. Quadros semelhantes também podem ser observados em certas oligofrenias e em conseqüência a lesões cerebrais.

Nas **Dismorfofobias**, existe uma tendência à **auto-depreciação** e uma **inibição geral** na expressão de afetos mais brilhantes ou associados à auto-estima. O que se passou, aliás, com a nova denominação proposta para essa condição, é uma boa demonstração de como se podem produzir verdadeiros “*aleijões*” nas classificações. Talvez por considerarem que a expressão **fobia** não devia ser usada entre **transtornos somatoformes**, resolveram denominá-la: “*Transtorno Dismórfico do Corpo*”. Por definição, porém, o transtorno **não é**

* Morai ou Parcas, segundo a tradução romana, eram as filhas de Júpiter, governantes do destino humano (SÊNECA). A utilização do termo em Psicopatologia passou a indicar a situação de uma pessoa totalmente entregue aos movimentos sem finalidade: conduta errática, risos atoleimados e jocosidade sem qualquer graça.

do corpo, mas da autoimagem. Além disso, e também por definição, se não há distúrbios no corpo que justifiquem o mau julgamento que a pessoa faz, por que se utilizar do termo *dismórfico*? Por último, uma redundância: se fosse mesmo *dismórfico*, só poderia ser do corpo. Convenhamos, bem melhor é continuar a chamar essas condições de *dismorfofobia*.

QUANTO À QUALIDADE --Muita mistificação se fez em relação à **ambivalência afetiva** que foi hipervalorizada por *Bleuler* e incluída entre as manifestações cardinais da esquizofrenia. Como, porém, a ambivalência dos afetos e desejos é uma das marcas mais características desses seres divididos entre pulsões instintivas e esforços de adaptação aos valores morais vigentes, que somos nós, a tal ambivalência serviu muito mais para complicar a semiologia do que para lhe fornecer instrumentos.

O amar e odiar uma pessoa **sucessivamente** é típico das **Personalidades Emocionalmente Instáveis** (“*borderlines*”^{*}). Já a diferenciação quanto a se aqueles são sentimentos *simultâneos* (o que caracterizaria as “ambivalências do *Bleuler*”) ou *sucessivos* (caracterizando uma **labilidade afetiva**, como veremos adiante), é impraticável. Em verdade, o que foi chamado ambivalência por *Bleuler* mais se parece com uma manifestação da *moira* (esvaziamento dos afetos) a que nos referimos, e a uma oscilação sem finalidade das expressões na fala, mímica e no gestual do que mais propriamente a uma ambivalência. Isso explicaria o caso da paciente por ele fotografada, a qual estaria “rindo com a boca e chorando com os olhos”. Nada mais do que um riso **atoleimado** em um rosto quase vazio de expressão.

Quando observamos que um paciente não faz acompanhar seu discurso das manifestações afetivas que seriam esperadas, por exemplo: fala da morte de

^{*} A consagração do uso desta expressão configura um dos maiores erros já cometidos pela PSQUIATRIA. A expressão “*limítrofe*” foi associada à crença de que esses pacientes seriam uma “*transição*” para a esquizofrenia. As diferenças entre essas duas condições, entretanto, são tão gritantes! Um traço marcante das esquizofrenias é a tendência ao isolamento social; enquanto os “*borderlines*” não suportam o isolamento.

pessoa amada e sorri de maneira patética, dizemos existir uma **dissociação ideo-afetiva**, ou uma **paratimia**. Muito boa, foi a nova denominação proposta para os até hoje chamados **risos imotivados**, observados com frequência em pacientes esquizofrênicos: **risos descontextualizados**. Quem somos nós para julgar os motivos que as pessoas têm para rir ou chorar? A nova expressão reintroduz a questão essencial da **relação interpessoal**, ou sua ausência, e também diz tudo o que precisa ser dito sobre esse fenômeno que costuma impressionar sobremaneira as pessoas não acostumadas a lidar com esse tipo de paciente.

As **neotimias** são também indefiníveis e as tentativas que falam em “*afetos completamente novos*” não ajudam muito, pois todas as pessoas tiveram essa sensação, no curso das suas vidas (experimentar sentimentos completamente novos), como a **beatitude** procurada pelos religiosos, ou o amor experimentado pela primeira vez por uma jovem*. Em verdade, dizemos estar diante de uma **neotimia**, quando não conseguimos empatizar com alguma manifestação afetiva de um paciente e temos a impressão de que ela é absolutamente única, ou seja, não compartilhada por ninguém. Semiologicamente devemos distinguir a tendência dos pacientes hitriônicos a expressar seus afetos de forma teatral, como se fossem absolutamente únicos. Em princípio a dificuldade maior aqui seria a sua caracterização. E se há um PRINCÍPIO que aplico, é: aquilo para cuja caracterização não há uma semiologia específica deve ser tomado com reservas.

QUANTO À REGULAÇÃO ---labilidade afetiva implica, como a boa denominação sugere, variação extremada e súbita na expressão de afetos diferentes e até mesmo contrários. Os melhores exemplos surgem nas síndromes maníacas: o paciente pode passar subitamente da alegria e/ou irritação para um

* Há um “*Negro Spiritual*” cuja letra diz: “*You will shout when it hits you? Yes, indeed*”, que é cantada para um novo membro da igreja para que ele anuncie ter sido “atingido” pelo “sentimento completamente novo”.

choro convulso, retornando, também rapidamente, aos afetos iniciais. Manifestações semelhantes observadas em pacientes histriônicos costumam ter a *teatralidade* a determiná-la e, por isso, devem ser relativizadas. Nenhum dos afetos seria, em verdade, extremado nesses casos. Outra condição frequentemente confundida com labilidade afetiva são **risos e choros patológicos** decorrentes, na maioria das vezes, de doenças cérebro-vasculares. Por definição, o riso e o choro são, nesses casos, muito desproporcionais em relação à emoção subjacente e, por isso, é provável que não exista aqui uma labilidade afetiva propriamente dita.

Na **Incontinência emocional**, um afeto costuma disparar também uma ação, em geral incontrollável e potencialmente lesiva ao próprio ou aos circundantes. É essa **ação** que torna a aplicação do termo **emocional** (associado a *movimento: movere*) muito mais adequado para denominar esse fenômeno. Os casos mais típicos acontecem em certos furores catatônicos, em pacientes melancólicos (“*raptus suicidaire*”) e em epiléticos. Em todos esses casos, uma contenção externa é obrigatória, caso contrário resultará violência grave contra outras pessoas, objetos ou os próprios. Manifestações semelhantes podem ocorrer em maníacos e deprimidos graves. Muito típicas, são as tentativas de suicídio impulsivas em jovens que apresentam **personalidade emocionalmente instável**, também devem ser tratadas como incontinência emocional. É bom não esquecer, porém: mesmo para pessoas normais, podem ocorrer emoções incontrolláveis em situações extremas, principalmente de ódio e amor. Não precisamos, necessariamente, lhes atribuir um diagnóstico qualquer. Até porque, podem ser imposições de nossa natureza às quais é melhor não confrontar.

Por fim, vamos tentar caracterizar dois conceitos que caberiam melhor em um capítulo sobre as **Personalidades e seus Transtornos**, mas que não deixam de ser relacionados ao tema que estamos tratando. O **Temperamento** se refere às disposições mais fundamentais de um indivíduo em *experimentar e expressar*

os **sentimentos**, termo que, como já dissemos anteriormente, englobaria **afetos**, **humor**, **emoções** e outros. Por séculos, desde a proposição de Hipócrates, os seres humanos foram classificados, do ponto de vista do seu temperamento, de acordo com a “predominância” nele de um dos quatro humores de que seria constituído o corpo humano: sangue, linfa, bile e atrabile. Essa classificação tem hoje interesse puramente histórico, mas não há quem discorde de que exista, efetivamente, uma grande variação individual nas disposições básicas para experimentar e expressar os sentimentos*.

Já o **Caráter** se refere à intensidade e consistência com que os valores morais de um indivíduo apresentam-se “gravados” ou “impressos” na sua personalidade, o que é avaliado pela constância e firmeza de sua expressão na relação desse indivíduo com o mundo e com as outras pessoas. “*Character*” tem também o sentido de *letra*, e, na Antigüidade, as letras eram gravadas mais ou menos profundamente, na pedra, na madeira, na terracota, etc... Além disso, bem *caracterizar* algo, significa demarcar e traçar seus limites claros. Nesse sentido, e pela nossa definição, para que se diga que alguma pessoa “tem caráter”, não seria necessário que ela seguisse os padrões morais que uma sociedade qualquer apresente como os “oficiais”, mas apenas que lute com firmeza pelos seus próprios valores. Com muita freqüência, “bons cidadãos”, somente são assim considerados por seguirem as recomendações vigentes, ainda que sejam as mais perversas que se podem imaginar, como na Alemanha do III Reich. Impossível imaginar uma população mais sem caráter como aquela e naquela época. Quando nomeou o filme que marcou sua ascensão ao poder “O TRIUNFO DA VONTADE”, Hitler se referia à sua própria imposta a toda uma população.

* Esse talvez seja um bom exemplo da utilidade do uso do termo “**sentimento**” como uma espécie de “substrato” para os outros conceitos utilizados no capítulo. Se não o fizéssemos, teríamos que recorrer a termos já aplicados, como “afetos”, “humor” ou “emoções”.

XI- A VONTADE E SEUS TRANSTORNOS

Discutir a VONTADE sem fazer algumas considerações (ainda que de “segunda mão”) de natureza filosófica, há de resultar em uma superficialidade inaceitável. É o que vem se passando com as publicações que aplicam o termo “CONAÇÃO” em seu lugar. Por definição (e até terminologia) aquele termo implica tomar a mera AÇÃO como referência (“o que se dá em torno da ação”). Para animais irracionais---e não seres dramáticos, divididos e MORAIS como nós---seria até razoável...“mas com gente é diferente”!

Voltando à filosofia, temas como: **livre arbítrio, autonomia, capacidade de determinação, dilemas MORAIS** e outros estão interligados de forma indelével ao que historicamente foi denominado VONTADE. Desde os seus primórdios, a filosofia se dividiu em dois ramos: a FÍSICA, a partir de Tales e Anaxímenes de Mileto (embora também fizessem considerações morais) e a MORAL com Empédocles de Agrigento, Demócrito, Sócrates e outros. Todos os que, de alguma maneira, investigam os seres humanos e suas condutas são herdeiros desses últimos, embora eles mesmos estivessem mais preocupados em ditar condutas do que investigar necessidades e conflitos internos. Na filosofia alemã, LEIBNIZ e KANT foram mestres consumados nos dois terrenos. Os que se seguiram, no que se refere à MORAL, dividiram-se em dois ramos: 1- os que se ocuparam mais do indivíduo (dando início à PSICOLOGIA e na sequência temporal): Schopenhauer, Nietzsche e Freud; e os que se ocuparam preferencialmente das forças sociais em jogo (os humanos apenas como seus brinquedos): Hegel, K. Marx, M. Heidegger, H. Arendt. Formou-se quase que um abismo entre essas duas tendências, a ponto de não haver sequer uma linguagem

comum entre eles*. K. Jaspers é uma espécie de ponto de encontro entre as duas tendências, embora também tenha evitado (nessa área) compreensões para além da DESCRIÇÃO.

É também aqui que o trabalho de *Nobre de Mello* se destaca em relação aos demais autores da área. Munido do seu saber filosófico, além da sua erudição habitual, produziu uma excelente sistematização do tema. Somente ele aplicou a diferenciação feita por *Emanuel Kant* entre **desejo** e **vontade**, essencial para a boa classificação dos distúrbios dessa área. E quantos erros veem sendo cometidos, até por autores consagrados, a partir da ignorância dessa singela diferença já tão bem estabelecida na linguagem popular. Afinal “FORÇA DE VONTADE” implica a capacidade de lidar, refrear e domar os DESEJOS.

Só para registrar: o que chamamos DESEJO está muito próximo dos SENTIMENTOS, especialmente quando voltados às relações humanas (relações amorosas ou de amizade). Parece-me óbvio que, nesse tipo de situação, sentimentos e desejos são quase indissociáveis: quem **gosta** de alguém tem o **desejo** imediato de aproximação. Aquilo que chamamos VONTADE começaria a atuar a partir daí, do estabelecimento do DESEJO inicial. É quando avaliamos, planejamos e decidimos, pois, conforme ensinou o filósofo, a Vontade é “...uma faculdade bem diferente do simples desejar...de se determinar a agir como inteligência, e, por conseguinte, segundo as leis da Razão, independentemente dos instintos naturais”. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**, 3ª secção.

Dessa forma, a vontade deve ser considerada mais como uma instância **frenadora** dos desejos e inclinações, do que propriamente relacionada à ação. Seu papel seria principalmente o de dar um sentido, organizar, selecionar e

* K Marx fez alguns esforços no sentido da investigação mais próxima dos indivíduos. Escreveu até um belo opúsculo sobre o SUICÍDIO, a partir dos registros feitos por um comissário de polícia francês. Quanta humanidade há ali! Seu amigo, o judeu, poeta e ensaísta H. Heine foi quem melhor fez as pontes entre essas duas formas de investigar o mundo.

preparar uma conduta, segundo o **Juízo**: “*A vontade é a faculdade de escolher só aquilo que a Razão, independentemente da inclinação, reconhece como necessário...*” (*Idem* – 2ª secção). A própria palavra grega para MENTE: FRENOS, aliás, parece indicar essa associação: é função das estruturas mais elevadas refrear, dirigir e dar sentido à energia provinda das nossas estruturas mais primitivas.

Há hoje um consenso de que a maior limitação da obra de *Kant* decorre de sua crença desmesurada na capacidade da Razão para controlar os sentimentos. Cerca de cem anos antes, **Spinoza** escrevera em sua **Ética**: “... *Nenhuma afecção pode ser entravada, a não ser por uma outra afecção mais forte e contrária à afecção a entrar.* (IV – **Proposição 37**) Talvez Pascal tenha sido ainda mais explícito: “...*Não nos sustentamos na virtude por nossa própria força, mas pelo contrapeso de dois vícios opostos; assim como ficamos em pé entre dois ventos contrários; Tirai um desses vícios e cairemos no outro.*” (**Pensamento 359**). As pesquisas em Neuropsicologia, aliás, veem demonstrando: o que chamamos Razão, quando isolada dos sentimentos, revela-se algo quase vazio de conteúdo e influência sobre o mundo. (DAMÁSIO)

Dessas idéias, decorrem inúmeras outras que, invariavelmente, atiram-nos para um dos planos mais elevados de toda a filosofia. As grandes “batalhas da vida” em busca da liberdade travam-se no interior do próprio homem, e não “contra” o meio ou outros seres humanos; a pior de todas as escravidões seria a de alguns homens em relação às suas próprias inclinações, contra as quais uma razão impotente queda de joelhos. Ao formular essas idéias, *Kant* nos atirou para o núcleo dos grandes dramas humanos. Quem já examinou pacientes ditos “*Borderlines*”, sabe o quanto sofrem (e fazem sofrer) as pessoas cuja razão e conduta oscilam ao sabor do “vento dos desejos”, como as “birutas do vento”. O mesmo se pode dizer em relação às perversões em geral, aos transtornos alimentares, etc. Foi, aliás, o desconhecimento dessa distinção entre **desejo e**

vontade, que levou diversos autores, inclusive os responsáveis pelo capítulo correspondente do *Comprehensive Textbook de Kaplan e Sadock*, a incorrer no erro de afirmar que nas manias há **hiperbulia**, quando, na verdade, os maníacos sofrem de grave **hipobulia**.

Toda a filosofia kantiana gira em torno do **IDEAL**. Essa é a sua maior grandeza (e que grandeza!), mas talvez seja também a sua maior limitação. “*Que as virtudes sejam sempre e apenas humanas. Qualquer virtude fora dos seres humanos e da vida humana volta-se contra a própria vida...*” (“Assim Falava Zaratustra”)

Passemos agora à esquematização do que se poderia chamar um “arco da vontade”: partindo do mais inicial e primitivo desejo, até a execução final de um ato mais ou menos complexo. Para isso, vamos nos valer quase *ipsi litteris* de trecho do capítulo correspondente de **Nobre de Mello**: 1ª fase – **Intenção ou Propósito**--fase na qual surge o interesse polarizando nossa atenção em um objeto; 2ª fase – **Ajuizamento** (o termo por ele utilizado: *deliberação* nos parece ambíguo, pois é também associado ao momento da tomada da decisão) – correspondente à ponderação consciente dos móveis ou motivos e a análise atenta do que é favorável ou desfavorável (apreciação) em uma possível ação; 3ª fase – **Decisão** – momento culminante do processo volitivo, que demarca o começo da ação; 4ª fase – **Execução** – quando surgem os movimentos físicos (os atos propriamente ditos) requeridos para a consecução do objetivo*.

Vários autores incluem, neste tema, a discussão de **automatismos elementares inatos** (tropismos e tactismos) e **reflexos condicionados**. Como, por definição, o problema da vontade envolve a liberdade e o livre arbítrio para a feitura de escolhas (ainda que numa margem muito limitada) não as incluímos aqui, pois são condicionadas pela situação da espécie. À maneira do capítulo

* Entre os animais irracionais, todo o processo que resulta na reação de “luta ou fuga” também parece cumprir todas aquelas fases, ainda que de forma intuitiva, imediata e, por definição, inconsciente. Também em relação a nós, boa parte dos julgamentos que norteiam nossas condutas parecem se processar inconscientemente. Outra conclusão errônea que pode decorrer desse raciocínio é a de que o processo é necessariamente longo.

precedente, quando tomamos o conceito de *sentimento* como uma espécie de “*matéria-prima*”, faremos o mesmo em relação ao conceito de *desejo*, cuja presença é a condição básica para todas as elaborações posteriores.

Passando para a discussão dos transtornos nessa esfera, podemos, teoricamente, supor uma diferença considerável na “capacidade para desejar” entre os vários indivíduos, diferença essa que, também teoricamente, seria determinada, principalmente, por fatores biológicos e/ou constitucionais. Já a **capacidade de expressão** desses desejos, seja de maneira bruta, sublimada ou pelo seu “negativo” (como nas fotografias, pois, de alguma maneira, os desejos originais terminam por se expressar), depende por demais de fatores culturais e psicológicos. Para que não nos alonguemos excessivamente nesse tema, até porque não há nenhum meio de aferir e mensurar essas considerações, estamos certos de que a presença de um possível “**aumento da intensidade dos desejos**” não seria suficiente para produzir transtorno algum em qualquer indivíduo. As condutas de um paciente “*borderline*”, por exemplo, devem-se muito mais a um fracasso da vontade e da razão em refrear e lidar com seus próprios desejos e inclinações*. De qualquer forma, e objetivamente, não se pode negar a existência de uma elevação da capacidade de desejar entre maníacos, hipomaníacos (fase de elevação do humor que pode surgir tanto em **Bipolares** quanto em **Transtornos Ciclotímicos**) e em pacientes “*Boderlines*”. Muito mais importante para a determinação dessas condições, porém, é a hipobulia (caracterizada pela incapacidade de refrear aqueles mesmos desejos) que eles apresentam, conforme tentaremos demonstrar adiante.

Já uma **diminuição da capacidade de desejar**, ainda que momentânea ou de forma mais duradoura, frequentemente indica a presença de um transtorno. Nas personalidades esquizóides, por exemplo, ao lado da sua típica

* A linguagem popular, aliás, havia já resolvido a questão fundamental que estamos discutindo, ao aplicar a expressão: “Não ter força de vontade”, à incapacidade de uma pessoa no lidar com a sua própria gula, preguiça, cupidez, por exemplo.

baixa reação afetiva aos estímulos do meio, parece haver uma diminuição na capacidade de desejar. Essa seria a razão pela qual mantém pouquíssimos relacionamentos sociais e/ou amorosos e raramente tomam iniciativas ou iniciam empreendimentos. Por isso, representariam uma espécie de limite inferior na variação normal nessa área. Já para as **personalidades dependentes**, a deficiência se deveria a uma falha na capacidade de bem ajuizar condutas e tomadas de decisão, assumindo as consequências. Por isso “procuram abrigo” sob a determinação de outrem. Um esvaziamento grave da capacidade de desejar se verifica nos estados **residuais ou defectivos** de natureza esquizofrênica. Essa é, ao lado do aplanamento dos afetos e também da incapacidade de bem associar idéias, a marca principal dessa doença que continua a ser muito incapacitante.

Passemos agora à análise dos transtornos da vontade propriamente ditos e comecemos pela **Hiperbulia**. Partindo dos critérios aqui aplicados, **não conseguimos associar algum prejuízo a um hipotético “aumento da vontade”**. Elevação da vontade significa, segundo já afirmado, um aumento da capacidade de uma pessoa de lidar consigo mesma; de se conhecer melhor e também as suas próprias necessidades e possibilidades; de fazer melhores escolhas, e isso nunca haverá de ser prejudicial. Fazemos um paralelo da relação *desejo/vontade* com a relação *vigilância/tenacidade*, e tudo ficará mais claro. Não consideramos haver prejuízo possível na elevação da capacidade de **se concentrar**. Caso ocorra algum prejuízo, nesses casos, deveria ser atribuído a uma eventual baixíssima vigilância, não a um excesso de concentração. Voltando ao estudo da vontade, algo comparável (ao exemplo) se dá, por exemplo, em relação a um **querelante** que passa toda a sua vida lutando contra um governo e destruindo projetos e relações sociais e interpessoais. Nesses casos, há uma deficiência na 2ª fase do “arco da vontade” (...*análise atenta do que é favorável ou desfavorável*...). De qualquer maneira, *Nobre de Mello* refere

os fanáticos e/ou tirânicos como sofrendo de **hiperbulia**, com o que não concordo. Como dito, há uma carência no seuajuizamento.

Estamos conscientes de que nosso critério aponta para a quase redundância: “Se foi bem sucedido, sinal de que a vontade está preservada ou aumentada”. Assim, corro o risco de misturar vontade com: **razão, juízo e inteligência***. Essa perda de limites do termo, sem dúvida, não ajudaria em nada. Por isso, valorizo muito aquele papel **frenador** da vontade sobre os desejos como maior critério para sua avaliação. Assim, e depois da capacidade de refrear, outra seria dar um sentido às intenções nessa avaliação. Já o sucesso ou não, obtido por alguém nas suas empreitadas, dependeria de muitos outros fatores, independentes até do seu raio de ação. O conceito de **pragmatismo** talvez ajude, pois se refere exclusivamente à última fase do “arco da vontade”: **execução**. A melhor definição do bom pragmatismo nos parece envolver *a obtenção do melhor resultado possível, com um mínimo gasto de energia e tempo*. Discutir se o pragmatismo se confunde com a última fase da **vontade**, ou começa a partir dali parece ser de todo inútil.

Buscando uma total fidelidade aos critérios acima sistematizados, diríamos que os transtornos a seguir são classificados como se devendo a uma **hipobulia**. Assim, devem ser analisados do ponto de vista **quantitativo**. A quase totalidade dos autores, inclusive *Nobre de Mello*, porém, fala nas **compulsões, perversões, atos automáticos e impulsos patológicos** como decorrentes de alterações **qualitativas** da vontade, o que é bastante perigoso, pois associa as “perversões” a algo completamente estranho ao homem “dito normal” e sua evolução. Aquelas não seriam pessoas como as demais, mas “bestas-feras”, etc. Bem melhor é ter em vista o verso de TERÊNCIO: “*Nada*

* Perigosa é também a impressão de que o processo envolve necessariamente raciocínios longos e complexos. Muito freqüentemente, a INTUIÇÃO nos apresenta, com clareza e de imediato, a melhor conduta a adotar. Foi a lição do “demônio” de Sócrates que lhe “falava ao ouvido” sempre em momentos extremos e para refrear alguma ação. Nesses casos os raciocínios em que nos enredamos servem mais para disfarçar um medo, sempre com resultados desastrosos. Assim, a máxima de Descartes funcionaria mais com um PENSO...LOGO HESITO e/ou DESISTO.

do que é humano me é estranho”. Ou então a blague feita por Millor: *“Perverso...!? Nada mais do que o homem normal apanhado em flagrante”*. Humor à parte, defender que os perversos teriam sido “feitos” de “material qualitativo diferente” não ajuda no conhecimento do homem e seu “aprimoramento ético”.

COMPULSÕES

Reservo termo **compulsão** ao distúrbio da vontade e conduta observado no TOC; algo bem diferente de um mero impulso atenuado. É caracterizado pela tendência a ter que repetir condutas ritualísticas com o objetivo, na maior parte das vezes, de anular os efeitos ou os riscos de acontecimentos catastróficos fantasiados. O paciente sabe, racionalmente, serem essas ideias e condutas absurdas, mas não consegue delas se livrar; daí sua classificação como um transtorno da vontade. O prefixo COM implica “aquilo que se junta”; a uma PULSÃO, no caso. Assim, é o resultado de um choque de duas forças, enquanto os IMPULSOS seriam dirigidos em um único sentido.

O grau de “correlação lógica”, digamos assim, entre o **ritual** e o que, com ele, o paciente tenta evitar, é variado. Teoricamente, o risco de **contaminação** tem correlação com o lavar as mãos repetidas vezes ou usar lenços de papel para não tocar diretamente em maçanetas. Por outro lado, é praticamente impossível o estabelecimento de correlações semelhantes para o caso de uma paciente que, ao cruzar com um estranho e ter um mau pensamento, sente-se obrigada a voltar rapidamente---por vezes tendo que atravessar a rua rapidamente para não chamar a atenção---com o objetivo de, ao passar de novo por ele, ter um bom pensamento que anule o possível efeito destrutivo do primeiro. Mais difícil ainda, seria encontrar as correlações para o caso de um paciente que, ao entrar em um cinema, é “obrigado” a contar suas fileiras de poltronas nas duas

dimensões, multiplicá-las, aplicar um fator qualquer à conta para, só então, escolher a poltrona a se sentar, sob a pena de lhe acontecer, ou a uma pessoa amada, alguma desgraça.

Com esse longo arrazoadado, introduzimos a noção, já citada no capítulo correspondente, de ***pensamento mágico***, reportando essas pessoas a mecanismos muito primitivos de controle sobre um mundo sentido como caótico e ameaçador por qualquer infante. Não é difícil imaginar que, diante de um sofrimento insuportável---disparado por situações objetivas ou imaginadas--a criança, ainda incapaz para a lógica, lance mão de correlações mágicas com acontecimentos corriqueiros do meio, em busca do alívio que a ilusão de controle fornece. O porquê de as correlações mágicas não serem abandonadas no paciente que sofre de TOC e se transformarem em rituais permanentes, é questão que a psicologia profunda e as pesquisas em neurofisiologia têm tentado explicar.

A relação obsessão/compulsão não é tão obrigatória como se pensava anteriormente e são encontrados vários pacientes para os quais a obsessão não tem muita importância ou não é identificada. Foram casos do gênero que estimularam que os pesquisadores do tema começassem a expandir de tal forma o conceito de TOC, a ponto de nele incluir fenômenos de natureza quase oposta, do ponto de vista dos mecanismos psíquicos subjacentes à conduta repetitiva. Um bom exemplo para a prática são os transtornos dos IMPULSOS e as PERVERSÕES SEXUAIS: associadas diretamente à busca do prazer e excitação prazerosa prévia, o que está em total oposição ao que se passa no TOC. Convenhamos: tomar a conduta repetitiva como critério e uma espécie de “cimento” para juntar condições tão diferentes de maneira a criar um “espectro obsessivo-compulsivo”, é perder por demais o rumo na pesquisa.

Juntar, por exemplo, quadros de *Tourette*, cuja característica principal é a falta de crítica e inibição, com o TOC, no qual a inibição e a crítica são

fundamentais, é produzir, em vez de em *espectro*, um *aleijão*. A própria noção de espectro, originária da observação de que a luz branca, ao passar por um prisma, se desdobra em vários comprimentos de onda, implica a idéia de uma subdivisão de algo que, anteriormente, julgava-se único. Foi o que se passou com a antiga PMD que foi subdividida nos diversos transtornos do humor constantes das nossas classificações. Não por acaso, vimos uma estudiosa do tema se valer da metáfora do “quebra-cabeça” para explicar o tal “espectro obsessivo-compulsivo”, como quem tentasse “construir” algo com peças que nunca haverão de se encaixar*.

PERVERSÕES DOS INSTINTOS

O grande problema para o estudo das **perversões**, que alguns preferem chamar **parafilias**, é a delimitação do seu conceito. *Nobre de Mello* resolveu o problema quando utilizou a expressão: **perversões instintivas**, em geral, não o limitando à **esfera sexual**. Partindo desse princípio, chamaremos de **perversões instintivas** os desvios extremos e mal adaptativos das tendências instintivas mais primitivas, principalmente da esfera **sexual**, da **alimentação** e da **sobrevivência**. Assim, INSTINTO implicaria apenas comportamentos selecionados por milênios e imprescindíveis à preservação dos indivíduos e da espécie. Quer nos parecer: a natureza não haveria de transformar características fortuitas ou caprichos de certos indivíduos em instintos para toda a espécie. Pensando bem, naquela lista estão faltando, certamente, o **instinto maternal**

* Leituras mais recentes me convenceram de que, muito provavelmente, justifica-se falar em algum espectro unindo todas as condições assinaladas, mas, a se fazer isso, ele deveria ter como referência o problema do controle dos impulsos e não o TOC. Dessa forma, caberiam muito bem nesse espectro todas as condições relacionadas aos recursos patológicos utilizados nesse controle ou simplesmente o seu descontrole.

(**fundamental**, principalmente para a adaptação e a preservação de mamíferos e aves) e também o **instinto gregário/social**, os quais não foram, até hoje, suficientemente valorizados nesse tipo de estudo. A própria palavra PERVERSÃO* implica a idéia da saída de um caminho previamente traçado pela natureza, através dos instintos.

Aplicando o seu próprio critério, e com elegante argumentação, *Nobre de Mello* descartou o **incesto** como uma forma de perversão, pois o “*horror ao incesto*” não teria “*base biológico-instintiva*” (segundo suas próprias palavras). Essa proibição ao incesto “...*É inexistente na série animal e representa, por conseguinte, uma característica cultural adquirida e específica do ser humano*”. Não podemos asseverar plenamente se estas categóricas afirmações são ainda consideradas verdadeiras, mas afirmo que é pela qualidade do *instrumento* fornecido a um investigador que se avalia uma classificação ou um critério. O exemplo acima deixa óbvia a utilidade do critério proposto.

Algo parecido pode-se dizer em relação à **homossexualidade**; mais especificamente, à homossexualidade como escolha e não associada a situações artificiais de afastamento compulsório em relação ao sexo oposto. É muito discutível se a homossexualidade implica a perversão de uma “base biológico-instintiva”, pois não é associada necessariamente a alguma desvantagem ou desadaptação independente de preconceitos e outros fatores culturais. Aos que falam das desvantagens no sentido da não reprodução, lembramos que para certos mamíferos, como as hienas, por exemplo, somente às “*fêmeas alfa*” de uma matilha, e a algumas outras próximas a ela, é permitida a reprodução. Ou seja: a adaptação maior ou menor de uma espécie (ou de um grupo) não implica necessariamente que todos os seus membros se reproduzam. Foi demonstrado haver verdadeiros casais homossexuais (daqueles que somente a morte separa) entre algumas aves. Um explorador espanhol, *Cabeça de Vaca*, que esteve por

* UNI-VERSO, caminho único; COM-VERSO, mudança radical de caminho; PER-VERSO, saída do caminho.

vários anos na região próxima ao pantanal matogrossense, no século XVI, registrou em suas memórias a formação de verdadeiros casais homossexuais entre índios, fato plenamente aceito culturalmente. Assim, a homossexualidade somente deverá nos interessar quando for associada à sua não aceitação pelo próprio (homossexualidade ego-distônica). O mesmo se pode dizer com relação ao **transvestismo**, cultivo de trajes habitualmente usados pelo sexo oposto e também em relação ao **transsexualismo**, que é caracterizado pela sensação de pertencer verdadeiramente ao sexo oposto àquele ao qual, pelo menos geneticamente, alguém pertence. É bem verdade que há alguns casos de transexualismo associados a um quadro psicótico e isso implica a sua discussão em outro capítulo.

Com relação ao **onanismo**, também somente se pode a ele atribuir algum interesse clínico quando a masturbação se torna o meio preferencial e/ou único para obtenção de prazer sexual. O mesmo se pode dizer em relação ao “**voyeurismo**”, cultivo preferencial ou exclusivo do prazer sexual associado à observação. Já em relação à “**frotação**”, procura de prazer sexual (também exclusivo ou preferencial) no roçar em pessoas em ambientes nos quais há aglomerações, especialmente nos transportes coletivos, acabou-se a leniência social que havia a respeito. É crime, caracterizando assédio sexual, quando não há consentimento. Há mesmo muitas pessoas cujo prazer sexual se exerce exclusivamente dessa forma.

Algo parecido acontece com o **fetichismo**, no qual a fixação do interesse sexual a algum objeto usado habitualmente pelo outro sexo, ou a um segmento do seu corpo, é explorada como um fim e em **oposição** à entrada em contato íntimo com pessoas. Caso essas atrações sejam apenas uma espécie de passagem na estimulação do prazer, não deve ser considerada perversão. Há cerca de 20 anos, foi preso em São Paulo um homem que aperfeiçoara uma técnica de roubo de calcinhas penduradas em varais no condomínio onde

morava. Em seu próprio apartamento, foram encontradas centenas daquelas peças do vestuário feminino.

Só se pode falar em **exibicionismo**, no sentido da perversão, à incontrolável tendência à exibição dos seus próprios órgãos genitais em situações inesperadas e contra a vontade dos outros. Trata-se de uma forma de **agressão**. Esse critério exclui os “*strip-tease*” e outras explorações que se podem fazer da beleza e do poder de atração do corpo humano sobre outras pessoas. A cena típica, em torno da qual um humorista brasileiro criou um personagem, é a do homem trajando um sobretudo (em verdade, no caso, um “*sobrenada*”) que se compraz em abrir diante de crianças, com o objetivo, sempre alcançado, de ferir sua inocência. Todos os pacientes que vimos com esse tipo de manifestação, ou de que tivemos notícia, buscavam um “consolo moral” se convencendo de que as outras pessoas “no fundo estão gostando”, uma vez que, também “no fundo”, todos teriam grande curiosidade em relação aos órgãos sexuais uns dos outros.

Já com relação à **pedofilia**, não se aplica aquela regra que usamos em relação ao *onanismo* e ao “*voyeurismo*” referente à “opção preferencial”. Para qualquer manifestação explicitamente erótica ou sexual em relação a uma criança, que envolva uma **conduta ativa** qualquer com o objetivo do seu aprofundamento ou satisfação, deve-se aplicar aquela denominação. A ressalva que fizemos em relação à *atividade* tem por objetivo excluir aquelas excitações que podem até atingir os órgãos sexuais a partir de um contato, mas que não são acompanhadas dos correlatos mentais e de atitudes específicas. É bom que nos lembremos, da existência de uma sensualidade natural e bem vinda perpassando as relações humanas, no sentido grego: “*onde há vida ali estão o amor (Vênus) e sensualidade*”. Por isso, deve soar como algo bem próximo à perversão, a atribuição da causa de um abuso sexual a uma possível “conduta sedutora” de uma menina/moça em relação a um adulto. Aquela dita “*conduta sedutora*” (em

verdade a expressão de uma sensualidade natural), pejorativamente assim denominada por mentes perversas, é apenas algo absolutamente necessário para o amadurecimento da sexualidade propriamente dita. Por tudo isso, estou convencido de que as tentativas de abolir a sensualidade sublimada, e sublimável, das relações entre adultos e crianças tende muito mais a produzir pedófilos do que a prevenir o seu aparecimento. Aqui, os métodos de **erradicação ou extirpação** são eles mesmos perversos. Conduas um tanto terroristas de educadores, religiosos, políticos, etc. tentando abolir a sensualidade nas relações humanas, repousam em um olhar perverso e cheio de malícia. Bem piores são as associações que fazem “especialistas” entre sofrer violência sexual na infância a um quase destino a se tornar pedófilo reproduzindo a alegoria dos “vampiros”. Soa a uma condenação espúria.

No que se refere à **gerontofilia**, atração sexual por pessoas idosas, o termo e conceito parecem totalmente inadequados. Não pode haver, por definição, algo de perverso na relação amorosa (propriamente dita) entre dois adultos. Não deixa de ser, porém, algo inusitado, e até mesmo surpreendente, que a nossa grande *Chiquinha Gonzaga* tenha sofrido um verdadeiro assédio de natureza amorosa por parte de um jovem com idade para ser seu neto, com quem, depois de ceder, teria vivido maritalmente e em harmonia seus últimos anos. Não consta que *Chiquinha* tenha conhecido a obra de *Nietzsche*, mas ela encarnou como ninguém o papel da “*heroína nietzschiana*”.

“Tua moral não foi a da massa burguesa”

“Don Juan” *M. Bandeira*

A **zoofilia**, ou **bestialismo**, é caracterizada pela execução de ato sexual com animais, mas sua valorização na clínica implica que esse ato NÃO tenha sido meramente eventual, na juventude e apenas como um esforço para contornar os bloqueios que a própria civilização ergueu contra a satisfação dos

desejos sexuais, especialmente em relação ao período no qual acontece o despertar daquele tipo de necessidade.

Na **Necrofilia**, o prazer sexual tende a somente ser alcançado quando executado com cadáveres e essa seria uma das razões que levariam alguns homens que sofrem dessa perversão, a matar pessoas antes de com elas realizar o ato sexual. Já há alguns anos, foi preso funcionário de um necrotério que conseguira desviar o corpo de uma jovem para um estacionamento onde o utilizou. Também aqui, e diante do fato, SEMPRE há perversão.

Em relação ao **estupro** e sua execução, deve-se aplicar o mesmo critério aplicado em relação à pedofilia e necrofilia: sempre que é desencadeada alguma série de atos para a sua execução (mesmo que o ato em si não ocorra) a perversão existe, independentemente de ser ele preferencial ou não. Quem o executou ou tentou executar, deve ser considerado um estuprador. Estamos convencidos, porém, de que sua execução é tão reveladora da incapacidade de lidar com a mulher---no sentido da conquista do seu amor e da obtenção da sua entrega---que é praticamente impossível que um estuprador consiga manter relações sexuais “maduras” com alguém. Se o conseguisse, certamente não recorreria àquele tipo de prática. Essa hipótese foi, aliás, bastante reforçada pelo resultado da sábia conduta adotada por uma mulher ao lidar com um taxista estuprador preso na década de 1980. Assim que ele deixou clara a sua intenção, ela teria dito algo parecido com: “Tudo bem, vamos para o meu apartamento...”. Isso foi suficiente para a desistência do estuprador. Seu prazer só acontecia quando associado à provocação do pavor e, muito provavelmente, nunca relacionado a uma interação mutuamente prazerosa.

Nas **relações sado-masoquistas**, o prazer sexual só é alcançado mediante a provocação de dor e/ou rituais de humilhação e submissão. Seu interesse clínico também deve ser reservado às situações bem caracterizadas ou quando impostas pela força. Até mesmo na natureza, em certas espécies como alguns

felinos e no “diabo da Tamânia”, por exemplo, o ato sexual somente se consuma após alguma confrontação física que, por vezes, chega a causar algumas lesões graves nos seus participantes.

PERVERSÃO DO INSTINTO DE ALIMENTAÇÃO

A busca de alimento e água é o principal desafio de uma espécie para a sua sobrevivência. Toda distribuição e movimentação dos animais, por terra, mar e ar, fazem-se segundo sua disponibilidade ou não. Por outro lado, através dos tempos, todas as espécies foram desenvolvendo mecanismos reguladores dessa necessidade, seja para se dar conta da sua carência, seja para regular a sua saciedade (os tão sensíveis mecanismos de **homeostasia**). Nos seres humanos, por conta de fatores que agora começam a ser objeto de pesquisa, e por interferência de fatores culturais, aquele primordial instinto tem sofrido desvios da maior gravidade, que chegam a colocar em risco muitas vidas.

Uma **anorexia**, ou perda patológica do apetite, independentemente de sua origem, é, por definição, uma ameaça à integridade de qualquer organismo. Seu surgimento é típico das depressões, especialmente naquelas ditas “*maiores*”, nas quais os sintomas **psicofisiológicos** (insônia, perda de peso, perda do paladar, variação circadiana do humor* e outros) são marcantes, mas também se podem observar pacientes cuja depressão é associada ao aumento da quantidade de alimentos ingerida. Em outros tempos, o surgimento de anorexia era fator de distinção entre as antigamente chamadas “*depressões endógenas*”, em oposição às “*reativas*” e/ou “*neuróticas*”. Nos dias que correm, outros critérios são utilizados para caracterizar e classificar as diversas formas de depressão.

* Acentuada piora do humor pela manhã, com tendência à insônia do final da noite (muito mal denominada “terminal”) e a uma discreta melhora no final da tarde ou “noitinha”.

Pacientes delirantes podem se recusar a comer, apesar de não perderem o apetite e, nesses casos, o fenômeno é denominado **sitiofobia**, frequentemente associada à falsa percepção de cheiros e sabores atribuídos a venenos.

Nas muito mal denominadas **Anorexias Nervosas**, não há, especialmente no seu início, uma perda de apetite propriamente dita. Em verdade, o paciente luta desesperadamente contra a fome, atendendo a demandas que são aparentemente estéticas e de “saúde”, mas que têm raízes certamente bem mais profundas. Esses casos nos obrigam a criar outra categoria nesse capítulo: a **capacidade de determinação** que pode estar dissociada da boa capacidade de julgar. Contrária mesmo, no caso, por mais articulada que pareça a apresentação de uma ideia. O mesmo se poderá dizer em relação à determinação de cometer o suicídio. Assim, e conforme os critérios aqui utilizados, essa determinação não poderia ser associada à preservação da vontade.

Há, nesses casos, um conflito entre a consciência e uma necessidade vital, ou seja: um quase pleno ofuscamento da capacidade de bem **ajuizar** as consequências desastrosas do não comer. Por isso, não se pode falar aqui de **vontade preservada**, apenas de uma **capacidade de determinação** aumentada. Além disso, o quase pavor que alguns pacientes sofrem com o risco de desenvolver acúmulo de gordura, e, em consequência, com o efeito que isso poderia causar à sua aparência, aproxima muito essas condições das **dismorfofobias**, o que é também mais uma demonstração do quanto está prejudicada, nesses pacientes, a capacidade de bem ajuizar as situações.

Já a **bulimia**, é caracterizada pela ingestão de grandes quantidades de alimentos, na maior parte das vezes com alto teor calórico, em um curto período, o que costuma ser acompanhado da provocação de vômitos ou outras formas de eliminação do excesso de calorias ingerido. A rigor, poderia ser também tratada como um sinal e/ou sintoma, uma vez que pode decorrer de lesões hipotalâmicas, e, mais raramente, seguir-se a abstinência a derivados

anfetamínicos. Não nos satisfazem os critérios para o seu diagnóstico baseados no número de calorias ingeridas e na curta duração do período em que isso se deu, pois eles são sempre arbitrários. Podem, ou não ser associadas ou não a episódios de anorexia e são os episódios de grande ingestão costumam ser seguidos da provocação de vômito ou outros métodos de eliminação do excesso de calorias. Interessante é assinalar que as descrições feitas pelos pacientes para os episódios de “*binge eating*” (“*ataque de comer*” ou “*comer desenfreado*”) sugerem que os mesmos cursam com algum estreitamento da consciência, a se caracterizar como uma despersonalização ou uma espécie de estado hipnoide ou “*estado segundo*”.

A perversão do instinto de se alimentar associado à ingestão de materiais e objetos não alimentícios, ou até mesmo repugnantes, como pequenos insetos, fezes (**coprofagia**) ou derivados sabidamente tóxicos, como combustíveis, por exemplo, é denominada **Alotriofagia**. Há ainda certos pacientes que têm o impulso a ingerir objetos sólidos, sem que, com isso, tenham qualquer perspectiva alimentícia. Vimos um esquizofrênico residual que ingeria pilhas, garfos, colheres, etc. o que o levou por várias vezes à mesa de cirurgia e temos a impressão de que esse fenômeno é bastante diferente daquele citado acima. Por isso, mereceria outra denominação.

PERVERSÃO DO INSTINTO DE SOBREVIVÊNCIA

O suicídio também pode ser estudado no capítulo referente à vontade, e aqui a sutileza que aplicamos ao estudo da **anorexia nervosa** talvez seja mais cabível ainda. É evidente que o ato suicida, propriamente dito (definição: *conduta ou omissão intencional, da qual o individuo sabe que deverá resultar a*

sua *própria morte*) implica (em muitos casos) uma elevada **capacidade de determinação**. Já a sua **vontade** terá que ser avaliada do ponto de vista da boa capacidade de julgar da pessoa. Calcula-se hoje, que cerca de 5% dos suicídios podem ser considerados como “conscientes”, ou seja, o produto de um ajuizamento em nada patológico dos prós e contras em relação à preservação ou não da vida. Os anti-nazistas que, ao serem detidos, ingeriram cápsulas de cianureto, cometeram um suicídio no qual tanto a sua **determinação** quanto a sua **vontade** se apresentavam completamente efetivas. A morte era inevitável e, com isso, preservavam a organização de que participava e a vida de aliados. Já nos suicídios associados a doenças mentais propriamente ditas, não se pode falar em preservação da vontade, mas apenas da **capacidade de determinação**.

Muitos autores defenderam que o instinto de sobrevivência seria o mais forte dentre todos os instintos e eu afirmo que, a ser isso verdadeiro, o suicídio seria um contrassenso. Em seu “Projeto...” Freud afirmou, de passagem, ser o **instinto gregário/social**, para os homens e para outras espécies igualmente gregárias, mais forte do que o de sobrevivência individual. Só assim se conseguem explicar, por exemplo, os diversos suicídios classificados como **altruístas**: afirmação de um povo e de uma cultura. Diga-se de passagem, esse tipo de suicídio não tem importância clínica alguma. Sua abordagem a partir das classificações psiquiátricas e da patologia implica um reducionismo inaceitável. Certamente merecem estudos do ponto de vista psicológico, antropológico, sociológico e outros visando entender os caminhos pelos quais uma mente chega até aquele ponto extremo, mas também como um tipo de cultura pode produzir alguns comportamentos. Diagnósticos psiquiátricos deveriam ser (quase) vedados nessa situação. Atribuí-los seria algo semelhante a internar dissidentes em h. psiquiátricos.

Desde o seu “*Projeto...*”, Freud cultivou a idéia de que o objetivo maior de todo ser vivente seria a obtenção de prazer, sempre associado à descarga de

tensões acumuladas. Como esse modelo não era suficiente para explicar inúmeros fenômenos psicológicos e psiquiátricos, ele mesmo, em 1920, precisou lançar mão do conceito de **pulsão de morte**, por vezes trocada por “**instinto de morte**”. O conceito de pulsão para a morte é absolutamente aceitável, até porque pode implicar um investir na melhor preservação de um grupo qualquer: fêmeas de elefante velhas ou doentes que começam a atrapalhar a migração, por exemplo, afastam-se para morrer. Ou seja: mais uma vez seria o instinto gregário/social a atuar, sempre em **função da vida**. Já o conceito de instinto de morte implica um contrassenso inaceitável. Afinal, aquilo que é um destino inevitável **não precisa de instinto**. Quando muito, somos atraídos na sua direção, quando sentimos um esgotamento da nossa energia vital. O que *Freud* não conseguiu entender, é que talvez seja nas manifestações por ele associadas ao tal “**instinto de morte**” (correr certos riscos) que se encontrem as maiores de todas as expressões de energia vital, coisa que, aliás, *Nietzsche* já havia demonstrado em 1886: “*A mera vontade de conservação é a expressão de um desespero, uma restrição ao verdadeiro instinto fundamental da vida que tende à **expansão de potência**. A expressão dessa vontade põe em questão e, frequentemente, sacrifica a auto-conservação... A luta pela sobrevivência é uma **exceção**, uma restrição momentânea da vontade de viver. A grande e a pequena luta se desenrolam, em toda a parte, em torno da preponderância, do desenvolvimento e da potência, que é essa sim, precisamente a vontade de viver*”. **A Gaia Ciência** (“*Die Frohliche Wissenschaft*” ou “O Alegre Saber”)

Um breve olhar para tudo o que cerca os processos de reprodução entre os mamíferos deixa-o tão à mostra que chegamos a nos surpreender que tanta gente tente ignorá-lo. Em nenhum outro momento, juntam-se tanto: a mais elevada expressão do instinto vital, por um lado, e a *opção* por correr riscos, por outro,

como na maior parte dos rituais envolvendo a reprodução dos mamíferos, das aves e até mesmo de animais inferiores, como insetos, aracnídeos e outros*.

O próprio *Freud* havia intuído algo parecido e isso fica patente em um dos seus maiores trabalhos: “**Inibição, Sintoma e Angústia**”. Está ali dito, de alguma forma, que a inibição da expansão de potência e da expressão (verdadeiro instinto vital) produz angústia e sintomas. Nós diríamos que o esforço de sobrevivência só serve à vida quando se trata de um recuo **momentâneo** da **expansão** e da **expressão**; essa sim, a marca essencial do fenômeno que chamamos vida. Quando aquele “esforço de sobrevivência” torna-se uma maneira de viver, perdeu-se o espírito vital. A pessoa, animal ou planta tende a adoecer e, em consequência, morrer. Nunca aquelas frases de *Nietzsche* foram tão verdadeiras como nos nossos dias. Manipulados por interesses inconfessáveis, temos deixado que a apologia de “segurança a qualquer preço” mate a essência daquilo que aparentemente queremos preservar: a vida.

Por fim, há muitos suicidas que se usam desse ato extremo como uma forma de preservação do seu “eu moral”, e isso não deixa de ser uma forma de valorização da vida, como bem o demonstrou o estudo de cartas de suicidas pela grafóloga francesa *M.J. Sedeyn* (AMARAL). Já com relação ao papel do **instinto gregário**, ou de seu colapso, associado ao suicídio, diríamos que o conceito de **anomia** (ruptura relativamente rápida de laços sociais e culturais em certos países ou regiões, especialmente na descoberta de petróleo, ouro e outras situações), criado e estudado por Durkheim, e o seu papel no aumento significativo das taxas de suicídio, reforçam muito a importância desse instinto tão pouco valorizado nos dias que correm.

* Há no “*Além do Princípio do Prazer*” uma afirmação tão superficial que não faz justiça ao gênio de *Freud*. “os instintos extraordinariamente violentos que impulsionam à união sexual repetiram algo que havia acontecido **casualmente** (?) e que, desde então, foi fixado como vantajoso”. O homem que nunca se satisfizera com as explicações baseadas em acasos quedou de joelhos diante deles exatamente em relação àquilo que há de mais importante em todo o seu “edifício teórico”.

Os **comportamentos impulsivos de auto-flagelação** (erroneamente chamados mutilação, pois essa implica perda de parte e/ou função) podem ser considerados como parte de um certo “espectro” de conduta auto-destrutiva. São muito frequentes em encarcerados e, quase sempre, obedecem a uma intenção de escapar de uma situação objetiva ou subjetiva insuportável. Vimos encarcerados a ela recorrer para escapar do castigo de isolamento, intento sempre alcançado, pois eram transferidos para enfermarias, mas também acompanhamos casos nos quais a auto-flagelação foi um recurso para obtenção de alívio de uma dor moral. Aliás, entre povos primitivos, e mesmo entre cristãos, a “mortificação da carne” tem sido levada a efeito certamente com intenção parecida. Para quase todos os casos de auto-flagelação que acompanhamos na clínica, foi possível estabelecer um perfil “*Borderline*” de personalidade. Recentemente têm-se verificado inúmeros casos de jovens, em sua maioria moças, que produzem pequenos cortes nos braços e outras regiões do corpo. Quase sempre na mais completa solidão e tentando esconder as lesões provocadas. São situações completamente diferentes das assinaladas anteriormente. Outra manifestação que podemos classificar como autoflagelação/mutilação parece-nos ser a **Tricotilomania**, tendência incontrolável a arrancar os próprios cabelos.

OS ATOS AUTOMÁTICOS

Chamamos **atos automáticos**, aqueles que se realizam sem que sejam antecédidos por qualquer tipo de intermediação psíquica, ou seja, os pacientes somente deles se dão conta, depois de os terem levado a efeito. Muitos autores os tratam da mesma forma que os **impulsos incontroláveis**, mas estamos absolutamente convencidos de que há uma diferença muito grande entre um impulso a atear fogo (piromania), que pode ser adiado à espera de uma melhor

situação, por exemplo, e a repetição automática de uma conduta, evidentemente sem propósito algum, como costuma acontecer em algumas formas de epilepsia ou catatonia. Se fôssemos muito rigorosos, talvez os atos automáticos não deveriam ser tratados no capítulo referente à Vontade, uma vez que sua ocorrência não se associa a qualquer intermediação da consciência.

Todos os automatismos que ocorrem nas epilepsias parciais complexas devem ser assim classificados. É típico que, durante suas crises, os pacientes repitam certos atos simples, como um estalar de língua, ou que se dirijam sempre a um mesmo cômodo da sua residência (conforme já ouvimos da família de uma moça que sofria do mal) sem que guardem qualquer registro dessas condutas. Alguns crimes perpetrados por epiléticos, nos quais um ato se repete por diversas vezes, causando ferimentos muito típicos, também são frequentemente classificados como fruto de atos automáticos.

Atos automáticos são também referidos por pacientes catatônicos e nós mesmos ouvimos um relato de uma mulher que atirara o filho recém-nascido em um poço, sem conseguir, mesmo depois de uma investigação ativa, dar uma razão ou motivo ou referir qualquer planejamento, ainda que delirante-alucinatorio. Outro paciente, que havia dado uma bofetada em uma mulher desconhecida na rua, também não conseguiu estabelecer qualquer relação entre o ato e alguma representação mental prévia à sua realização, mesmo depois da insistência quanto a se ela lhe lembrava de alguém. Sempre poderemos nos perguntar se, nesses casos, haveria ou não alguma intermediação mental prévia, mas me parece uma questão insolúvel. O fato indiscutível, porém, é que há uma enorme diferença qualitativa entre esses atos e os impulsos que estudaremos na seção seguinte.

A **dromomania** e a **frangofilia*** (tendência a rasgar as próprias roupas e/ou também de outrem, e ainda para a destruição de objetos) podem também ser aqui incluídas. A primeira já foi denominada **automatismo deambulatório** e isso nos alertou para a semelhança que tem esse fenômeno com os atos automáticos, apesar de ser ela habitualmente incluída entre os impulsos que estudaremos na seção seguinte. Implica o andar a esmo, sem nenhuma direção e pode ser caracterizada em catatônicos, nas epilepsias psicomotoras, mas também pode surgir em estados dissociativos de natureza histérica. É verdade, que, para alguns desses casos, não se observa a abolição plena da consciência. Por isso, é melhor sua classificação entre os **impulsos**. Muitos pacientes, em estados razoavelmente avançados de demência, apresentam essa necessidade de andar, o mesmo podendo acontecer com certos pacientes oligofrênicos e essa parece ser a razão para o seu desaparecimento frequente.

OS IMPULSOS E O SEU NÃO CONTROLE

O problema clínico não surge pelo impulso em si, mas da incapacidade de seu controle e, em consequência, pela sua transformação em ato, é bom assinalar. Há que distinguir os **impulsos incontroláveis** e as **compulsões**, termo que reservamos para o fenômeno fundamental observado no TOC. A diferença principal prende-se ao fato de que, quase sempre, conseguimos caracterizar a relação entre uma compulsão (a realizar um ritual) e o objetivo de **evitar** um enorme mal estar ou algum acontecimento catastrófico. E isso definitivamente **não** é observado nos **impulsos** que vamos estudar*. Além disso, enquanto uma

* Deriva do verbo *frangere*: quebrar, romper. Resulta, em português: esfrangalhar (“*Io frango*” em italiano). “*Vivos voco/Mortuos plango/Fulgura frango*” (“Aos vivos convoco/Os mortos choro/A vaidade esraçalho”) de um poema medieval dedicado a um enorme SINO. O muito prosaico “frango”, esfrangalhado à mesa, tem a mesma origem.

* Tem se generalizado o uso do termo “compulsão” para condições nas quais, historicamente, aplicava-se o termo “impulso”, como por ex. no chamado “Transtorno do Comer Compulsivo”. A ser isso aceito,

compulsão visa **aliviar um sofrimento**, ansiedade ou mal-estar insuportável, os impulsos que vamos estudar são associados à **expectativa de obtenção de um prazer (o jogo patológico, a cleptomania e outros)**, ainda que momentâneo. A capacidade para o seu adiamento por esses pacientes, à espera de situações mais propícias para a sua realização, não deixa de ser uma forma de controle, ainda que momentâneo e totalmente inconsistente.

Que há nesses casos, uma intermediação mental entre o impulso e sua realização, parece-me óbvio. Deixando de lado o estudo meramente descritivo dos fenômenos, parece haver um choque entre a expectativa de dissimulação ou escape e a necessidade inconsciente de ser desmascarado. Aliás, pode-se imaginar que somente assim, o “círculo” que envolve prazer e desprazer (culpa) de uma pessoa que sofre de **cleptomania** ou **piromania**, haverá de se complementar. É evidente que esse raciocínio parte do viés, baseado nas pessoas que terminaram por ser apanhadas e presas; as demais... O estudo desses casos sugere que essas pessoas acabam deixando pistas, mas essa é uma hipótese.

Uma condição que parece ocupar posição intermediária em relação àquele critério de adiamento do ato conforme referido, é o recentemente descrito **Transtorno Explosivo Intermitente (CID-10)***. Seu surgimento se dá, por definição (senão seria um ato automático), associado a uma intermediação mental e consciente, mas sua ocorrência precisa ser, também por definição, inadiável e sem consideração por circunstâncias, enquanto sua cessação costuma necessitar de uma intervenção externa implicando aquilo que se denomina **incontinência emocional**.

teríamos que criar um “Transtorno do Beber Compulsivo”; “...do Atear Fogo Compulsivo”; ...do Roubar Compulsivo” e assim por diante.

* Definitivamente, essa é mais uma tradução desastrosa feita a partir do inglês. Na nossa língua, **intermitente** tem como referencial a presença de algo que, por vezes deixa de existir. No caso, a referência é contrária, ou seja: algo que **eventual ou raramente** acontece. Essa categoria diagnóstica também não nos convence, pois sua interpenetração em relação às personalidades emocionalmente instáveis é muito intensa.

A incapacidade de *controlar* os próprios impulsos* é uma dimensão psicobiológica básica para a caracterização e classificação de personalidades. Por essa razão, muitas das manifestações aqui tratadas se associam ao diagnóstico de transtornos da personalidade (especialmente no “*cluster B*” dos DSMs). Com frequência, encontram-se associados comportamentos típicos de mais de um dos transtornos dos impulsos em um mesmo paciente e também outras características suficientes para o preenchimento de critérios para um dos transtornos da personalidade.

A **cleptomania** é muito mais freqüente entre mulheres e implica a subtração de objetos “não necessários” (embora esse não seja o critério principal) de outras pessoas ou lojas. Muito importante, é que se tente bem caracterizar que *a realização do ato em si é o verdadeiro móvel da ação e não o objeto subtraído*, e também, que o objeto, depois de realizado o ato, **deixa de ter o interesse inicial**, transformando-se em um verdadeiro estorvo. Sem esse critério, perdem-se os limites dessa condição em relação ao mero roubo. Se a pessoa obtiver alguma vantagem ou desfrute do que subtraiu, estaremos diante do mero roubo. Há que evitar o critério: “se a pessoa pode comprar, então a subtração é devida a cleptomania”, produzido sob medida para aliviar o roubo dos ricos e condenar uma eventual cleptomania em um pobre.

Na **piromania**, há um prazer em atear fogo a casas, carros, prédios públicos e assim por diante, sem que exista um benefício direto para a própria pessoa com aquele ato, como escapar de investigações ou receber apólices de seguro. Mais uma vez, é apenas na execução do próprio ato que se verifica a intenção e algum prazer, ainda que perverso. O caso mais marcante que vimos foi em documentário (EUA) onde um aposentado, sempre aquele que mais se envolvia nos esforços de apagar o fogo (expondo-se a riscos exageradamente) era quem o ateara usando sinalizadores. Aquilo se tornara uma condição de vida

* A expressão **impulsividade**, com muita frequência gera ambiguidade, ao sugerir que o problema fundamental, nessas condições, seria a presença de um *excesso de impulsos*, o que, decididamente, não é verdadeiro.

para ele. É bom lembrar que para todas as condições aqui discutidas partem de um enorme sentimento de vazio interior que, após o prazer momentâneo, se intensifica muito.

O **jogar patologicamente** (ainda não foi cunhado um bom termo em nossa língua para designá-lo, daí o recurso freqüente ao “*gambling*”) é muito mais frequente do que se pode imaginar, até porque, os que dele sofrem raramente procuram tratamento ativamente, no máximo grupos de ajuda mútua. O prejuízo pessoal, familiar e até mesmo social associado ao problema é enorme, mas a tolerância social em relação à exploração criminosa ou moralmente condenável desse tipo de impulso é muito grande. Estou convencido de que **todo jogador quer perder**, ainda que a pessoa se engane a respeito. Afinal, amealhar algum patrimônio, quando honestamente, é tão lento! Além disso, os caminhos para alguém “ir acertando” as coisas na sua vida são tão restritos, que tentar “dar saltos” só pode implicar derrotas. Em “O JOGADOR”, Dostoiévski (que conhecia muito bem o problema) reforça muito o papel da roleta e seu giro em induzir um estado quase de transe no qual a VONTADE como que se dissipa completamente.

O **Impulso a Comprar Descontroladamente** guarda muitas semelhanças com o discutido acima, inclusive no que se refere ao estímulo social ao seu desenvolvimento através do “marketing”, que vive do estímulo ao consumo. É muito mais freqüente em mulheres (mais de 80% dos casos) e seus episódios também são precedidos por grande excitação; sua execução é associada a um intenso prazer, mas após o ato o que predomina é uma grande tristeza, auto-recriminação e baixa autoestima. Por definição, as compras são muito desproporcionais em relação às necessidades e à capacidade financeira da pessoa e isso se associa a enormes prejuízos familiares. As mulheres costumam comprar predominantemente roupas, maquiagem, sapatos e perfumes, enquanto os homens dão compram mais aparelhos eletro-eletrônicos e equipamentos de

automóvel. Em termos terapêuticos e na sua evolução, considero muito importante que essas pessoas não disponham de facilidades tais como cartões de crédito, cheques e outros. Além disso, haveria também que punir aqueles que estimulam e lucram com o problema. O estímulo ao endividamento e as vendas totalmente irresponsáveis (para pacientes em mania, inclusive) é muito frequente.

O impulso à manutenção de relações sexuais de forma promíscua (**ninfomania**) apresenta aquele mesmo complexo de sentimentos associados, sempre a partir daquele vazio interior assinalado e cada vez mais agravado em “arco” que sempre se fecha: tensão, excitação, busca do prazer, execução, desmoralização, baixa auto-estima. Esse precisa ser o critério a nortear o diagnóstico, caso contrário, corremos um sério risco de enveredar por preconceitos. Como tem ocorrido um progressivo avanço na maneira da sociedade de lidar com esse problema, temos observado o surgimento de vários grupos de ajuda mútua para pessoas com essa condição, e também a sua melhor aceitação. O problema associado (apenas em mais uma demonstração da dialética inevitável) tem sido seu uso para a reprodução do problema e conquistas por pessoas inescrupulosas.

Ainda não encontramos uma referência teórica acerca do impulso que algumas pessoas têm a mentir sem que obtenham vantagem com isso (muito pelo contrário, na maior parte das vezes com prejuízo) e também sem perder a noção de que mentem (pois, se fosse o caso, a denominação do problema seria **mitomania***). De qualquer forma, temos esbarrado, na clínica, e na vida, com situações do gênero, gerando situações parecidas, guardadas as devidas proporções, com as de outros tipos de impulso patológico.

* Em aula na UFF (primeiro semestre/2016), concluímos (no plural mesmo, pois foi com alunos): a MITOMANIA cursa com uma **dissociação da consciência**. Isso resolve uma série de problemas teóricos e a aproxima muito da **personalidade alternante**.

A **dipsomania** implica a ingestão de grandes quantidades de álcool em um curto período e, na maior parte das vezes, não é associada a uma dependência ao álcool propriamente dita. Foram casos como esses que implodiram as classificações internacionais para o alcoolismo que se baseavam em quantidade de álcool ingerida por ano, ou no número de episódios de embriaguez sofridos também por ano. É verdade que as mentes estreitas que controlam as novas classificações estão resgatando esse erro. Nesse tipo de alcoolismo, as pessoas podem passar muitos meses, e até anos, sem beber. Além disso, a quantidade que ingerem de uma vez, se diluída no período de um ano ou até mesmo mês, pareceria irrelevante. Por isso, as classificações modernas passaram a aplicar um critério nada operacional (mas muito mais fiel à clínica) para classificar o uso abusivo de álcool: ocorrência de “*prejuízos marcantes com a ingestão de álcool*”, muito mais fiel ao interesse clínico. Bem mais efetivo do que perguntar a alguém se “é alcoólatra”, é perguntar se essa pessoa “tem problemas com o álcool”. É fácil de imaginar quantos prejuízos costumam decorrer de uma ingestão de álcool com características dipsomaníacas, relacionadas à desmoralização, envolvimento com a polícia, com acidentes e outros.

XII- PSICOMOTRICIDADE E MOVIMENTOS ANORMAIS

Quase todos os livros de psicopatologia têm tratado a **psicomotricidade** como um mero apêndice do estudo da vontade. Além disso, todos os que conhecemos deixaram de lado um estudo específico dos **movimentos anormais**, muito provavelmente porque seus autores os consideram

manifestações mais propriamente neurológicas do que de interesse psicológico ou psiquiátrico propriamente dito. É um anacronismo que precisa ser resolvido. Como é possível estabelecer um limite preciso para o envolvimento da mente ou não na determinação dos movimentos (ou da sua ausência) decorrentes de uma **distonia aguda**, de uma **acatisia**, de um **tremor** ou de um **estupor**? É razoável dizer-se que somente para alguns deles o termo **psicomotricidade** se aplica? Não haverá nisso um resquício da velha separação mente/corpo? Mesmo que não houvesse outras razões para a importância que vamos dar a esse tema, a prática clínica nos tem obrigado continuamente a fazer a distinção entre os diversos dos movimentos anormais observados e também ao esforço de estabelecer a sua possível origem. Além disso, o uso muito difundido das substâncias anti-psicóticas e a verificação da sua capacidade para provocar movimentos anormais, alguns deles de consequências muito graves e com implicações legais, tem feito com que o tema venha adquirindo relevo na clínica.

OS SINAIS DA SÉRIE CATATÔNICA

Somente uma inadvertência poderia explicar o fato de que, por tantas décadas, diversos autores tenham se referido a essas manifestações como **sintomas**, uma vez que todos eles são, em verdade, **sinais**, ou seja, são observados diretamente e não referidos. O **estupor** pleno tem se tornado cada vez menos frequente, implicando abolição quase completa da movimentação voluntária. Não temos conhecimento de referência a casos nos quais até mesmo os movimentos oculares e palpebrais tenham desaparecido. O paciente apresenta-se como se fosse um boneco de cera e pode ser movimentado de forma passiva, sem opor resistência alguma. No estupor propriamente dito, há a tendência a permanecer na posição em que é colocado, mesmo se antinatural e

incômoda (**flexibilidade cérea**). Curiosa, é a pouca fatigabilidade apresentada na musculatura que sustenta aquelas posições.

Como é típico das substâncias anti-psicóticas (as tradicionais) a indução de manifestações motoras semelhantes (principalmente **distonias**) e como esses pacientes as usam com frequência, aplicar substâncias anti-colinérgicas de imediato pode ajudar na investigação da situação, pois costuma eliminar aquele tipo de efeito adverso muito rapidamente. A manobra semiológica de erguer o braço do paciente e não dar ordem alguma para que o deixe na posição colocada é, nesses casos, acompanhada de sua permanência na posição em que foi deixado, ou de uma queda muito lenta. Dizemos “queda”, porque o seu retorno, quando ocorre, à posição inicial, parece mais se dever à ação da gravidade do que a uma intenção específica. Pode-se observar, nesses casos, o que ficou conhecido por “**sinal do travesseiro**”: a retirada do travesseiro não é acompanhada da queda imediata da cabeça sobre a cama. Pode-se observar, também, aquilo que ficou conhecido pela expressão (de muito mau gosto) “**focinho catatônico**”: uma contratura com protusão e elevação do lábio superior, envolvendo a musculatura nasal. Vimos esse sinal por diversas vezes no início de nossa prática, mas não o temos visto ultimamente. Pode surgir independentemente do estupor e do negativismo, embora em todas as situações nas quais o presenciamos, ele estivesse associado a um desses quadros.

O **negativismo** frequentemente antecede o estupor e, se não tratado de forma incisiva, pode para ele evoluir. Aqui, a movimentação não está abolida (se estivesse, seria estupor), mas o paciente parece completamente incapaz de tomar uma iniciativa qualquer ou mesmo atender a uma solicitação ou ordem, especialmente no que se refere a um relato. Importante para caracterizá-lo, é a observação de que **não há, nesses casos, qualquer oposição intencional à comunicação**. Se fosse assim, aquele seria um ato de vontade. Pelo contrário, o que observamos é um aparente esforço para responder ao perguntado (em

alguns casos, ele até inicia ou esboça uma resposta), mas sem encontrar forças para levar adiante a intenção. Esse é o **negativismo passivo**, que deve ser diferenciado daquele que foi denominado **negativismo ativo** (os casos observados eram todos associados a episódios dissociativos), no qual o paciente faria o oposto ao solicitado. *E. Bleuler* fez uma tal confusão com o conceito, ao misturar a **atitude voluntária de oposição** com o **negativismo**, que teve que concluir que “*O negativismo é um sintoma complicado*” e também subdividi-lo em: *interno* (o verdadeiro); *de ordens*, e *intelectual*. Ainda hoje, há quem faça essa confusão conceitual. De uma vez por todas: uma atitude de **oposição intencional** implica preservação da vontade, por isso, essa conduta não pode ser classificada como **negativista**.

Muito relacionado ao negativismo é a **reação de último momento**: no instante em que estamos desistindo da entrevista e damos a indicação devamos nos levantar e sair o paciente esboça atitude de que vai reiniciar a comunicação ativa. Logo, porém, suas forças não lhe permitem dar seguimento àquela intenção.

Muito expressivas são as assim chamadas **reações em eco**, durante as quais o paciente repete os gestos (**ecopraxia**), a fala (**ecolalia**) ou a mímica (**ecomimia**) do entrevistador. Semiologicamente e nos casos mais sutis, um entrevistador costuma suspeitar da presença dessa manifestação quando, ao fazer um gesto fortuito qualquer: cruzar as pernas, por exemplo, percebe que o paciente faz o mesmo (por vezes de maneira até um pouco disfarçada). Estabelecida a suspeita, o entrevistador poderá puxar uma das suas próprias orelhas, por exemplo, e observar se o paciente o imita. Para a **ecolalia**, quando existe, sua caracterização é mais óbvia. É bom lembrar: essas manifestações envolvem um comprometimento profundo da **consciência do Eu**, principalmente no que se refere à **oposição eu/mundo e à atividade do eu**.

Outra manifestação que deixa à mostra o grave comprometimento que esses pacientes têm na sua consciência do Eu é a **obediência automática**. Como a denominação bem o diz, observa-se praticamente uma abolição da vontade e a pessoa pode ser comandada por outra completamente, sem lhe opor qualquer resistência. O exemplo clássico, que não deixa de ser associado a certa crueldade, é o daquele estudioso do século XIX que ordenava ao paciente a colocação da língua para fora e a espetava levemente com uma agulha, repetindo a operação por várias vezes. Antes que condenemos essas condutas, é bom que nos lembremos (em contrapartida) de que, pela mesma época, alguns grandes clínicos provavam a urina de seus pacientes com poliúria, para saber se sofriam de diabetes *mellitus* (doce) ou *insipidus* (sem sabor).

Na caracterização dos **maneirismos**, voltamos a aplicar aquele critério de ausência de compartilhamento tantas vezes aplicado ao longo deste livro, uma vez que condutas artificiosas, amaneiradas, algo teatrais foram, e ainda são, cultivadas em certos grupos culturais. No período áureo da realeza francesa, a conduta amaneirada era a regra da corte e alguns escritores já a criticavam de forma mordaz. Hoje, pode-se ainda falar em maneirismos de “*drag queen*”, do “*malandro carioca*”, de psicanalistas, de religiosos, e assim por diante. Quando, porém, um paciente---na maior parte das vezes um catatônico de longa data---gesticula imitando atitudes de realeza; ou fala com se estivesse discursando; ou depois de riscar um fósforo, faz um círculo com a chama no ar antes de acender um cigarro, por exemplo, trata-se de um sinal clínico, denominado **maneirismo**. Podem-se verificar também maneirismos de escrita, envolvendo o estilo e a caligrafia.

As **estereotípias** podem ser de **movimento, posição e fala**. Aquelas que envolvem o movimento são as mais comuns e sua caracterização tem se tornado mais delicada, uma vez que os **tiques**, as **acatisias** e os **movimentos discinéticos** induzidos pelo uso dos anti-

psicóticos além de certos rituais motores muito simples, podem a elas semelhar. São caracterizadas pela repetição **não voluntária** de certos movimentos para os quais **não percebemos finalidade ou intenção** alguma ou algum **simbolismo** associado. Uma aparente estereotipia de posição, por exemplo, caso seja cercada de significado: “*Fico nessa posição, caso contrário vai acontecer alguma desgraça*” não é, em verdade, uma estereotipia, mas fruto de atividade delirante ou ritual. A hipótese para a sua origem, tratando-as como resíduos de antigos movimentos que um dia foram carregados de significado, agora “*...empobrecidos ou esvaziados de sua substância intencional*” (N. de Mello) parece-nos muito interessante, embora não seja testável. A hipótese envolvendo o caso clássico de *Bleuler*: uma paciente que batia repetidamente com os dois punhos sobre o osso esterno e em cuja história se encontrou um noivado com um sapateiro (cuja prática exige repetição desses movimentos) parece-nos mais de natureza poética, mas é impossível encontrar exemplo melhor para a hipótese.

Na **estereotipia da fala (ou verbigeração)**, observamos a repetição de certas palavras ou frases, também de forma não voluntária e sem finalidade. As **estereotipias de posição** são frequentes entre catatônicos que se encontram em hospitais de “longa permanência”. Os pacientes passam os dias quase inteiros sentados no mesmo lugar, deixando a marca do seu corpo nas paredes, quase com elas se confundindo. O caso mais bizarro que assistimos, apresentando também algo de amaneirado, foi o de um paciente do *M. J. Heitor Carrilho* que passava os dias sob uma árvore, com os braços na posição típica de uma pintura egípcia, como o havia já descrito *Kahlbaum* (citado por *Jaspers*). Não será demais aqui repetir: é fundamental que essas condutas estereotipadas não visem objetivo algum, como por exemplo, se livrar de alguma punição de origem delirante.

Talvez não seja também demais assinalar: é muito comum que os esquizofrênicos fumem demais e até o finalzinho das guimbas. Por isso, costumam apresentar as pontas dos dedos muito enegrecidas pela impregnação de nicotina e mesmo queimadas. Suspeita-se até haver ali um limiar aumentado para a dor. Até mesmo já nos utilizei esse dado para reforçar a hipótese de uma profunda inibição psicomotora se tratar de manifestação catatônica e não de uma simples impregnação neuroléptica recente.

Para falar em **agitação psicomotora** há que diferenciá-la bem da **inquietação psicomotora** típica das situações de ansiedade, “*stress*” e de apreensão em geral. Ou seja, pode surgir em qualquer pessoa submetida a uma situação de ameaça, diante da qual não pode ou não consegue fazer algo efetivo para se proteger.

As agitações psicomotoras propriamente ditas são, por definição, associadas a um prejuízo da capacidade do paciente de bem julgar a situação em que se encontra. Por isso, só chamo assim as **associadas a um quadro psicótico**. Caso a avaliemos apenas pela **intensidade e amplitude de movimentos**, pessoas atacadas por enxames de abelhas, por exemplo, apresentarão agitação psicomotora. Nos catatônicos têm a característica de total não direcionamento e não intenção e são chamadas **excitação catatônica**. Frequentemente antecedem a caída em um estado de estupor. Para bem caracterizar uma agitação psicomotora, não é suficiente a observação de um aumento desmesurado da atividade psicomotora.

As que ficaram conhecidas por **furor epilético**, associadas às crises parciais complexas de algumas epilepsias de lobo temporal, podem ocasionar agressões graves a outras pessoas e são seguidas de uma total amnésia (lacunar, na maior parte das vezes) para o ocorrido. Nas agitações psicomotoras associadas ao **delírium**, independentemente da sua etiologia, os pacientes costumam adotar condutas de auto-proteção ou fuga associadas, muito

provavelmente, a alucinações e ilusões terroríficas. Nunca vimos um paciente em **delirium** tomar uma iniciativa agressiva contra outras pessoas, embora de seus esforços para se proteger ou escapar possam resultar lesões para outros ou para eles mesmos.

As agitações psicomotoras que ocorrem na mania costumam evoluir em um *crescendo* a partir das primeiras manifestações hipomaníacas e, na maioria das vezes, atingem seu ápice quando dos esforços feitos por outros para o seu controle. Nessas situações podem se verificar incidentes graves, embora a agitação psicomotora de alguns desses pacientes possa ter algo de cômico. Uma das primeiras pacientes com esse tipo de condição que assistimos, era uma senhora negra que simplesmente girava, à maneira das baianas das escolas de samba, apesar dos esforços dos que a acompanhavam para impedir seus rodopios. Posteriormente fiquei com a impressão de que se tratava de episódio dissociativo, mas não pude verificar.

As agitações psicomotoras dos pacientes paranoides costumam se associar às suas vivências delirantes persecutórias ou místicas, mas também às muito frequentes alucinações, principalmente auditivas, de que sofrem.

MOVIMENTOS ANORMAIS E SUA SEMIOLOGIA

Os mais comuns dentre todos os movimentos anormais são os **tremores**, os quais, diga-se de passagem, nem sempre são propriamente “anormais”, ou seja, de natureza patológica, no sentido de estarem associados a doenças ou transtornos em geral. São involuntários, de **natureza oscilatória** atingindo mais frequentemente os membros e cabeça, embora também possam ocorrer na língua e, apesar de não havermos encontrado disso registro, na musculatura responsável pela fonação.

Há famílias nas quais a ocorrência de tremores em diversos dos seus membros não é associada a qualquer outro sintoma ou reação a situações especiais. Esses são denominados “**tremores essenciais**”, melhor chamados “**constitucionais**”, e que não têm importância clínica alguma, apesar de serem associados a alguma desvantagem, dependendo do tipo de profissão que a pessoa exerça: instrumentista, cirurgião e outras. Costumam diminuir de intensidade com o uso de ***β* bloqueadores**.

Os tremores são muito freqüentes em crises de ansiedade e praticamente invariáveis durante ataques de pânico. Podem também decorrer de diversas causas orgânicas, algumas delas geradoras de crises de ansiedade, usualmente confundidas com transtornos psiquiátricos propriamente ditos: intoxicação cafeínica, hipertireoidismo, hipoglicemia e feocromocitoma (tumor de suprarenal). Podem também se seguir ao uso de diversas substâncias utilizadas em psicofarmacoterapia: carbonato de lítio, valproato, anti-depressivos e anti-psicóticos.

Os **tiques** são também involuntários, mas de **natureza espasmódica** e atingem preferencialmente certos grupos musculares como os das pálpebras, do pescoço e da face. Costumam surgir na infância e, na maior parte das vezes, tendem a desaparecer. Na síndrome de *Tourette*, atingem diversos outros grupamentos musculares, até mesmo aqueles ligados à fonação e à respiração. Por isso, é comum que esses pacientes emitam grunhidos, sons esparsos ou repetidos, sílabas e até mesmo palavrões e xingamentos, cuja correlação intencional ou simbólica não está bem resolvida.

MOV ANORMAIS POR DISFUNÇÃO DA

Distúrbios dos movimentos corporais são muito associados às substâncias anti-psicóticas, cujo mecanismo de ação implica interferência na função dopaminérgica, muito relacionada ao controle daqueles mesmos movimentos.

Discinesias e movimentos córeo-atetóticos (aqueles que atingem o tronco, os braços e, mais frequentemente, os dedos) eram sempre foram associados às esquizofrenias, mas sua ocorrência era pouco frequente. Com o advento dos neurolépticos, tornaram-se presença constante.

Há basicamente quatro tipos de distúrbios dos movimentos que podem ser provocados pelos neurolépticos:

1-Síndrome Parkinsonoide Iatrogênico- muito semelhante ao idiossincrásico, com tremores grosseiros de repouso, dando a impressão de que o paciente está girando algo entre os dedos; inibição psicomotora intensa; diminuição da mímica facial e sinal da “roda dentada” (a flexão do ante-braço sobre o braço não se dá de maneira suave, mas com interrupções sucessivas), marcha em pequenos passos, micrografia e outros.

2-Distonia Aguda- Mais frequente entre homens jovens, implicando ocorrência de espasmos musculares sustentados, atingindo principalmente cabeça, pescoço, língua (com disartria) e musculatura ocular (crises oculóginas). Quase sempre acontecem associadas à sialorréia (salivação excessiva). A consequência mais grave que vi associada a essa manifestação foi o abalo da dentição, embora tenham sido descritas até mesmo mortes por asfixia durante crises distônicas.

3-Acatisia- É a de mais difícil caracterização e tem motivado condutas médicas desastrosas, pois cursam com intensa inquietação psicomotora e uma sensação de desconforto permanente. O paciente não se sente bem em posição alguma: anda, “marcha” (quando parado), senta-se, cruza e descruza as pernas, levanta-se, além de recorrer insistentemente aos demais. Com isso, alguns julgam haver piora no quadro e ser necessário um aumento da dose medicamentosa. E então, está fechado um perigoso círculo vicioso. Frequentemente ouvi a referência a sintomas de despersonalização e desrealização durante um episódio de acatisia e o sofrimento a ela associado parece ser enorme.

4- **Discinesias**- As relacionadas ao uso dos anti-psicóticos foram denominadas inicialmente “**tardias**”, por surgirem, na maior parte dos casos, depois de algum tempo de seu uso. Atingem principalmente a musculatura buco-língua-facial, embora possam também se manifestar no pescoço. Por vezes, surgem apenas quando da retirada da medicação e tendem a desaparecer com ou sem o seu retorno, depois de algum tempo. Nesses casos foram chamadas “**discinesias de retirada**”. Como o seu surgimento pode ser um indicador de dificuldades maiores futuras, alguns autores recomendam a suspensão periódica dos anti-psicóticos, sempre que possível, para que se possam adotar medidas preventivas mais precocemente. Em outros casos, surgem mesmo na vigência do uso da medicação. Aquilo que mais se deve exigir dos clínicos, sejam eles psiquiatras ou psicólogos, é que suspeitem de qualquer movimento novo e repetido na face do paciente e também, que não levem em consideração as explicações que os próprios pacientes dão para esses mesmos movimentos. Já ouvimos justificativas associadas a um incômodo com dentaduras e até mesmo a uma inadaptação aos óculos. E os movimentos eram mastigatórios e “careteamento” discinético. Podem cessar durante alguns minutos por esforço voluntário e isso costuma levar os mais desavisados a concluir que têm natureza “psicológica”. Tendem também a desaparecer durante o sono. Muito frequentemente, movimentos quase imperceptíveis da língua (“*vermiculares*”) podem anteceder os demais e a manobra de solicitar que o paciente abra bem a boca e proceda à protusão sustentada da língua pode ser muito útil. Diante de uma discinesia, ou mesmo da sua suspeita, a melhor conduta a adotar deve ser a suspensão da medicação. Como isso nem sempre é possível, deve-se dar preferência, nesses casos, aos assim chamados anti-

psicóticos “atípicos”. Dentre eles, a única substância em relação à qual parece não haver registros de discinesia é a **Clozapina**. Muito dramática é a situação na qual, para que o paciente coma sem se engasgar ou apresentar outros problemas respiratórios, o clínico é obrigado a reinstituir doses efetivas de anti-psicóticos, apesar de saber que, com isso, está, muito provavelmente, agravando o mecanismo fisiopatológico responsável pelo problema. Felizmente, a partir do interesse despertado pelo tema e também por suas implicações médico-legais, casos do gênero têm se tornado cada vez mais raros.

Menos freqüente ainda, é o surgimento de movimentos **coreo-atetóticos** diretamente associados ao uso de anti-psicóticos, mas eles acontecem. Também nesses casos, e sempre que possível, deve-se proceder à retirada das substâncias causadoras do mal. Só para que não se perca uma observação de rua: um homem que apresentava movimentos corêicos muito típicos mantinha um fone no ouvido e um radinho na mão, dançando sem parar e de maneira grotesca, fazendo caretas um tanto absurdas. Parecia preferir ele passar por um dançarino contumaz, um pouco “desligado” e “louco”, do que por um paciente neurológico crônico.

.....

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE (TP)

NOTA: nos muitos anos em que ministro um curso completo de Psicopatologia (Psicologia UFF); depois de discutir critérios para avaliar normalidade, suas variações mais extremas (estados de luto e outros) e de passar muitas semanas falando de **sinais, sintomas, síndromes, transtornos**, dei-me conta da necessidade de estabelecer sua comparação com as condições nas quais as variações mais extremadas da expressão humana implicam sérios problemas

(conceituais e de conduta) do ponto de vista CLÍNICO e “MÉDICO LEGAL”, embora não possam ser consideradas doenças propriamente ditas. Como veremos adiante, apesar de sua presença ser fator de risco para doenças mentais, suas manifestações não podem ser tratadas como sinais ou sintomas. Assim, incluí no curso uma aula sobre o tema.

.....

Dentre as muitas novidades apresentadas pelo DSM III (1980) à PSIQUIATRIA mundial está o seu DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL. Muitas dessas novidades marcaram época, dividindo a psiquiatria em antes e depois daquela edição. Limitar, aliás, aqueles achados e conquistas somente à psiquiatria seria amesquinhar seu alcance, especialmente no que se refere a esse capítulo específico. A rigor, aquela classificação resolveu alguns problemas teóricos em que os especialistas da área se debatiam desde os primórdios da especialidade. Interessante é que esse “salto” implicou uma **limitação do alcance da psiquiatria propriamente dita**. Afinal, quando criou o EIXO II---no qual deveria, se possível, ser assinalado um dos TPs caracterizado em um paciente qualquer---e afirmou serem suas manifestações “apenas” traços de apresentação extrema, a um só tempo: INFLEXÍVEIS E DESADAPTATIVOS (e não sinais ou sintomas), aquela classificação entregou o protagonismo, na sua abordagem, aos psicólogos. Como aprecio essa humildade para reconhecer as próprias limitações! Só para dar um exemplo da importância dessa delimitação: sempre que assinalo haver uma ação medicamentosa benéfica para algumas dessas personalidades (“Esquizotípicos”^{*} e “De Evitação”, por exemplo) penso ser esse um indicador de se tratar de uma doença mais propriamente dita e não de um TP. Pensar, aliás, permanentemente em **transições e limites não rígidos** é o que se exige de todos os que se aventuram nesse tema. Na discussão que se seguirá, voltaremos sempre à discussão das variações DIMENSIONAIS e outras

^{*} O CID 10, por exemplo, aborda essa condição como uma forma de ESQUIZOFRENIA, o que me parece razoável.

TRANSIÇÕES* associadas; nunca em CATEGORIAS estanques. E essas transições se referem não apenas às doenças das quais essas condições costumam ser uma espécie de “caldo de cultura”, como também internamente, em cada um dos grupos (“*clusters*”) em que foram incluídos.

.....

O QUE SERIA, ENTÃO, UMA PERSONALIDADE?

Como quase sempre, o estudo da linguagem e a etimologia (origem das palavras) nos dá muitas pistas para entender os CONCEITOS que as geraram. Deriva de “*per sonare*”: **soar através de**, e tem parentesco com “**personagem**”, conceito que parece ter sido anterior, pois remete aos primórdios do teatro grego. Os atores usavam máscaras de madeira (no princípio representando animais) que serviam também para amplificar o som. Há uma enorme felicidade nesse desdobramento dos termos, uma vez que nossa personalidade teria também muito de artifício “endurecido” por imposições externas implicando e delimitando nossa expressão em geral.

Outros dois conceitos muito importantes na compreensão das condutas humanas mais básicas, implicando a própria noção de personalidade, são os de CARÁTER e TEMPERAMENTO. Em relação ao primeiro, mais uma vez será a etimologia que nos dará a pista para a compreensão/formulação do conceito. Um outro uso do termo é sua aplicação como letras propriamente ditas, os **caracteres**. Quando do início da escrita todas elas eram GRAVADAS: no barro, no couro, na pedra e em outros materiais. Assim, e em uma metáfora muito bela, refere-se ao quanto estão gravados em nossa personalidade alguns VALORES determinantes de nossa conduta em geral. Essa observação retira completamente a sua associação com a mera **obediência a códigos vigentes**. Até porque, esses códigos, com muita frequência, são totalmente PERVERSOS,

* Por isso mesmo, não levo a sério as referências epidemiológicas associadas: prevalência na população em geral, etc. É praticamente impossível conseguir amostras representativas para aqueles transtornos que representem o universo. Sempre desafio a que me apresentem um método confiável sequer. Todos sofrem de um viés grave: estudar antissociais nos reformatórios ou cadeias e outros, por exemplo.

haja vista a situação da implantação do regime nazi-fascista especialmente na Alemanha. Hitler se impôs sobre uma população e um ambiente de falta de caráter generalizada, especialmente entre aqueles tidos como bons cidadãos. Os que tinham caráter e PRINCÍPIOS foram eliminados. Já o TEMPERAMENTO se refere às disposições afetivo/volitivas básicas e já foram até classificados por autores clássicos a partir dos gregos. Talvez seja onde as pesquisas mais recentes deram maiores contribuições e isso será discutido em subtítulo específico.

De todas essas observações deriva, de imediato, uma expectativa que precisa ser preenchida de maneira convincente: a **previsibilidade de condutas**. Afinal, quando falamos em traços **inflexíveis** (sempre nas relações humanas, diga-se de passagem) estamos necessariamente antecipando uma possibilidade de previsão de condutas daquela pessoa diante de situações mais específicas nessas mesmas relações. No outro extremo---é sempre bom pensar nos opostos---estaria uma total **aleatoriedade nas condutas humanas**, o que violentaria um mínimo de observação empírica da vida. Vejam o próprio teatro e a literatura, em geral: todas as suas grandes obras implicam personagens convincentes do ponto de vista das possibilidades humanas. Nada ali pode ser aleatório ou inconseqüente. Esse é, aliás, o maior problema na criação dos personagens que “enlouquecem”: Ofélia, L. Macbeth, Ivan Karamazóv, Raskolníkov e outros. Há que estabelecer uma linha entre sua história; o ambiente em que viviam; suas próprias condutas e seus dilemas morais*.

Mas, para nós, não deve bastar essa certeza empírica, até porque o **diagnóstico retrospectivo** (a partir de informações do passado) é muito contaminado pelo viés do julgamento prévio. Há que imaginar situações específicas, criar testes e submeter a eles pessoas assim diagnosticadas. Com isso seria possível verificar

* Foi Spinoza quem afirmou: aleatório na natureza nem a produção mental dos loucos (Tratado Político, parágrafo 6). Tudo sempre tem relação com a Natureza (ele sempre a escrevia com maiúscula) e com o meio: sofre e faz sofrer conseqüências.

se a impressão se confirma ou não e se os tipos existem mesmo. Quando feito de maneira apropriada foi encontrada uma correspondência entre o esperado e o obtido de cerca de 70% (Allen Frances) o que é bastante elevado. Conforme já foi sugerido, não conseguimos nos libertar de uma TIPOLOGIA criada na mente de cada um de nós para cada um dos TIPOS que vamos listar. Quem estuda o assunto termina por criar o seu “protótipo” para uma personalidade antissocial*, por exemplo. Bem melhor seria o estabelecimento de **dimensões**, se possível quantificadas, de cuja avaliação resultaria um diagnóstico de personalidade para alguém. Como, entretanto e na clínica, o estabelecimento de TIPOS tem sido muito efetivo, os esforços que resultaram nos CÍRCULOS INTERPESSOAIS (de D. J. Kiesler, ver abaixo), apesar de seu enorme interesse, parecem não ter passado da teoria, pelo menos entre nós.

.....

K. SCHNEIDER E AS P. PSICOPÁTICAS,

Muitos citam o trabalho do grande psiquiatra alemão, mas poucos o entenderam verdadeiramente. Com a sutileza que lhe é peculiar, fez ele uma distinção inicial entre personalidade NORMAIS “vs” ANORMAIS, aplicando um critério meramente estatístico. Dentre as últimas, somente aquelas que *“sofressem ou fizessem sofrer”* a sociedade deveriam ser de interesse clínico psiquiátrico. Logo de início, isso implicava que as pessoas consideradas muitos “diferentes”, mas adaptadas, deveriam ser deixadas de lado nesse estudo e pela psiquiatria. Afinal, há tantos poetas, cientistas, filósofos---pessoas muito importantes no avanço do conhecimento e das artes---que são considerados “diferentes” e cuja vida e trabalho não devemos perturbar!

Feita essa distinção passou ele para a classificação daquelas que preenchiam o critério assinalado. Não somente os seus critérios básicos, como também muitas

* Vulgarmente (mas muito vulgarmente mesmo, especialmente quando usado por profissionais da área) chamada “PSICOPATIA”.

das 10 personalidades por ele listadas, foram aproveitados pelo DSM III. Interessante é assinalar o resgate atual do termo por ele utilizado: P. ANANCÁSTICA (de ANANKÉ, deusa da necessidade; das forças contra as quais não adianta lutar) para substituir a assim muito mal chamada P. OBSESSIVO-COMPULSIVA*. Há uma diferença de base entre as duas expressões: enquanto a meticulosidade, a disciplina, a pontualidade, etc. do **anancástico** são aplicadas como uma forma de poder e “tortura moral” (com ou sem aspas) sobre os demais, os obsessivos sofrem terrivelmente com o risco de fazer algum mal a alguém, sendo movidos (ou paralisados) por esse medo. A comprovação dessas considerações decorre da constatação de que os anancásticos NÃO costumam evoluir para o TOC, muito pelo contrário.

Aquele critério do “sofrer ou fazer sofrer” também foi aproveitado, só que parcialmente e reformulado. Muito melhor foi dizer: traços **inflexíveis E desadaptativos**, a um só tempo. Assim, e diante de um possível caso, precisamos sempre nos perguntar se seus traços: 1- expressam-se SEMPRE (ou quase) nas relações humanas; 2- se trazem graves prejuízos **ao próprio** (não somente à sociedade). Aplicar critérios que envolvam o “fazer mal à sociedade” (mesmo sabendo da sua importância) abre caminho para perseguições políticas de “desviantes e dissidentes”. Há que evitar deixar margem para isso. Só para citar o caso mais extremo, qual seria a desadaptação (em relação ao próprio) para uma personalidade ANTISOCIAL? Os dois critérios para avaliar ADAPTAÇÃO de um ser qualquer são: vida mais longa e capacidade de reprodução. Pelo menos o primeiro desses não é preenchido para aquelas pessoas: raramente chegam à idade mais avançada.

.....

* Outra enorme importância do segundo EIXO do DSMIII foi a eliminação da tendência a usar classificações como um “*menu*”: dependendo da sua formação, o psiquiatra encontraria um diagnóstico “a seu gosto”. No caso e diante de um paciente com essas características, um psiquiatra de formação schneideriana daria um diagnóstico de anancástico, enquanto um freudiano o chamaria um neurótico obsessivo-compulsivo. A partir do DSMIII dois diagnósticos (P. Histriônica e T. Somatoforme, por ex.) poderiam ser atribuídos, um em cada EIXO.

MÉTODOS: CATEGORIAL “VS” DIMENSIONAL

Se há algo com o qual todo estudioso de uma matéria qualquer sonha é poder dividir seu objeto de estudo em CATEGORIAS bem demarcadas. Na medicina em geral, O MÉTODO CATEGORIAL visa 3 objetivos básicos:

- 1- Procurar por um fator etiológico específico, cujo exemplo prototípico encontra-se nas doenças infecciosas. Não há tuberculose sem a presença do bacilo de Koch, por exemplo.
- 2- EXCLUIR outras condições: embora um paciente possa sofrer de mais de uma, há que tentar separar suas manifestações;
- 3- Ser PROCUSTIANO*: produzir caixinhas nas quais ficamos espremendo a vida e o mundo para ver se nelas cabem. Essa é a razão pela qual essas classificações são implodidas periodicamente.

A rigor e ao que tudo indica, a psiquiatria parece estar destinada a abrir mão do sonho de encontrar categorias propriamente ditas dentre os transtornos com os quais trabalha e estuda. A tal “DÉCADA DO CÉREBRO” ficou muito longe dos seus objetivos. Chega a ser irônico ter visto o presidente do NIMH (Tom Insel, talvez afastado em 2016 por isso mesmo) revoltado pela psiquiatria não ter conseguido caracterizar causas especificamente orgânicas para os seus transtornos (com correlatos laboratoriais e de imagem) contrariamente a outras especialidades. Se conhecesse o mito de Tântalo talvez ficasse um pouco mais humilde: estava condenado a morrer de fome em um bosque cheio de árvores frutíferas; sempre que esticava a mão, os galhos se afastavam.

Bem melhor, especialmente entre os T. da Personalidade---para os quais é mesmo obrigatório---é o método DIMENSIONAL: partir da idéia da existência de um *continuum*, não somente em relação às pessoas ditas normais, como em

* Procusto era um salteador de florestas que, ao capturar alguém, essa pessoa tinha que caber em um leito de tamanho único. Se fosse menor, era esticada; se era maior, cortavam-lhes as pernas. No mundo dos corpos isso certamente não aconteceu (embora tenham acontecido coisas piores), mas no mundo do pensamento, conceitos, etc., especialmente no que se refere às classificações, essa conduta tem sido a REGRA.

relação às doenças mais propriamente ditas (essas tratadas como categorias, embora muito discutíveis) e ainda dentro dos próprios subgrupos (“*clusters*”) nos quais foram divididos. O melhor exemplo para sua aplicação encontro na tendência recorrente de alguns de meus colegas a diagnosticar como “*borderline*” um (a) paciente para a qual eu atribuíra (em aula prática) o diagnóstico de **personalidade histriônica**. Não necessariamente um estava certo e o outro errado. Como o primeiro diagnóstico é muito carregado de expectativa ruim, representando, com frequência, uma contratransferência muito negativa, prefiro o risco de errar que produz mais investimento clínico do que o oposto. É tendência minha muito instintiva.

.....

QUATRO VETORES E OS TEMPERAMENTOS

Recentemente, foram descritos quatro traços fundamentais, com seus correlatos fisiológicos, cuja expressão direta e/ou combinação determinaria as condutas e atitudes predominantes de uma pessoa. Implicariam:

- 1- “*HARM AVOIDANCE*” (evitação de riscos em geral)- pessoas que vivem permanentemente na expectativa de que coisas ruins aconteçam; aquelas em situação de acumamento diante da vida, independentemente de ter ou não razões fortes para isso. Em vez de planos para futuro, estão sempre voltados a **estratégias de sobrevivência**. Por isso, sofrem com frequência: de baixa autoestima (pois deriva dos enfrentamentos), ansiedade, apresentando maior risco para depressão. Cursariam com elevação de função serotoninérgica no Núcleo da Rafe e baixa atividade dopaminérgica.
- 2- “*NOVELTY SEEKING*” (ávidos por novidades)- tendência à exploração do ambiente e expectativa de recompensa, além de impulsividade. Cursaria com elevação de função DA mesolímbica e mesocortical. Têm ainda uma tendência ao tédio fácil e a se colocar em situações de risco.

- 3- “*REWARD DEPENDENCE*” (necessidade absoluta de aprovação)-
tendência à submissão, baixa auto estima, dependência e
sugestionabilidade. Cursa com elevação de atividade nas projeções SE no
n. da Rafe e Noradrenérgica no Locus Coeruleus
- 4- “*PERSISTENCE*”- manutenção da determinação e condutas a despeito de
fadiga, ausência de reforço externo e frustrações imediatas. Por alguma
razão (independente da RAZÃO, diga-se de passagem) essas pessoas
conseguem transformar as dificuldades em fatores de ampliação da
recompensa por um eventual sucesso. O estímulo de inibição (a partir de
fracassos) seria como que invertido: quanto menos reforço imediato,
maior a expectativa de sucesso futuro (numa espécie de “curto circuito”).
Moisés seria, dentre as figuras histórico/bíblicas, o melhor exemplo e sua
história dá a senha para a compreensão do processo psicológico
subjacente: o próprio enfrentamento passa a ser o maior reforço. Daí o
ditado “**O túmulo é o descanso do guerreiro**”. Quando esse perfil se
associa também a VALORES e PRINCÍPIOS costumam resultar
transformações sociais importantes. Ter morrido às portas da Terra Santa
é também uma indicação: o que seria “aproveitar” (reforços externos e
mesquinhos, além de decepção, é claro) diante do prazer do
enfrentamento em si. Há aí também uma fórmula para entender o efeito
do “transbordamento da POTÊNCIA”. Essa antecipação permanente do
reforço estaria associada à ação glutamatérgica.

.....

IMPORTÂNCIA PSIQUIÁTRICO-FORENSE

Se há uma boa controvérsia em psiquiatria/psicologia é quanto à
responsabilidade penal das pessoas às quais tenha sido atribuído um diagnóstico
desse capítulo. Não são somente os juízes que têm dificuldades para
compreender as situações aqui descritas e o porquê de, apesar de receberem um

diagnóstico previsto nas nossas classificações, deverem responder à Justiça como qualquer outro cidadão. Mais uma vez, é a fidelidade a um PRINCÍPIO que resolve a questão: as **variações extremas da normalidade** são APENAS isso mesmo (“variações...”). Sendo assim, as sociedades devem tratá-las como tal. Em consequência, essas pessoas devem ser consideradas plenamente responsáveis por seus atos. A discussão quanto às duas vertentes exigidas para considerar a responsabilidade de uma pessoa: **1-capacidade de compreender o caráter delituoso do ato**; **2-capacidade de se determinar** segundo essa compreensão, gerou muita confusão, especialmente por estimular filigranas intelectuais com as quais a aplicação da JUSTIÇA não convive bem. Há que estabelecer logo de início: precisamos superar a aberração conceitual contida na tal “semiresponsabilidade” como veremos adiante.

A perda da **capacidade de compreender o caráter delituoso do ato** é associada aos quadros propriamente psicóticos, implicando, segundo penso, irresponsabilidade plena e universal, sempre que bem caracterizada. Já a avaliação da **capacidade de se determinar** (com variações de intensidade) precisa se restringir às DOENÇAS psiquiátricas ou neurológicas propriamente ditas, não se aplicando aos TPs. Eis alguns casos nos quais aquela capacidade poderia ser considerada (para efeito de redução ou não de pena) sem implicar perda ou diminuição de RESPONSABILIDADE (é bom repetir): 1- um episódio hipomaníaco bem caracterizado; 2- um distúrbio do humor importante (basicamente irritabilidade) em um epilético (também bem diagnosticado) que tivessem cometido agressões; 3- uma síndrome orgânica da personalidade cursando com diminuição de controle de impulsos frequentemente sexuais; 4- até uma esquizofrenia residual sem sintomas psicóticos; todas essas situações poderiam implicar diminuição de pena e ORDEM para tratamento permanente, sob pena de nova custódia a qualquer tempo.

Há que assinalar: a aplicação do “aleijão conceitual” “semirresponsabilidade” aos TPs tem sido desastrosa, especialmente quando dirigida a **antissociais e “borderlines”**. Vi vários casos nos quais esse mau uso da Psiquiatria “beneficiou” pessoas influentes na sociedade e seus parentes. Há nos dias que correm uma franca discussão a partir da intervenção arbitrária e ilegal de uma juíza (MT) em “benefício” de seu próprio filho, traficante conhecido e com crimes bem tipificados. Algum psiquiatra teria inventado até a aberração: “SÍNDROME BORDERLINE” para justificar sua transferência para uma clínica psiquiátrica. De minha parte, e diante desses fatos, tive apenas mais convicção de que os critérios e termos aqui aplicados são os melhores. Por fim, apresentarei a sequência de condutas cuja adoção sugiro na discussão da atribuição de RESPONSABILIDADE PENAL a uma pessoa qualquer:

- 1- Que qualquer consideração quanto à responsabilidade penal de uma pessoa (que tenha cometido um ATO ILÍCITO) se inicie pela resposta à seguinte questão: **a condição alegada pela defesa trata-se de uma doença* mental ou neurológica propriamente dita ou não?** Que qualquer atenuação de pena seja associada APENAS às assim chamadas doenças (o que não inclui os TPs). Se a resposta for NEGATIVA, encerra-se a discussão referente àquele caso e o cidadão vai responder por seus atos como qualquer outro.
- 2- Em caso AFIRMATIVO (sim, a pessoa sofre de uma condição psiquiátrica propriamente dita), deve-se passar à seguinte questão: **o paciente examinado tinha, ao tempo da ação, consciência do caráter delituoso de seu ato?** Caso a resposta seja NÃO (um ato ilícito decorrente de uma atividade delirante, por exemplo), a pessoa seria considerada totalmente irresponsável do ponto de vista penal; receberia

* A filigrana quanto a tratarem-se de doenças propriamente ditas, apesar de não serem conhecidas sua etiologia, fisiopatologia, etc. deve ser deixada de lado. É questão teórica nossa que não interessa à Justiça e só há de servir para confundir.

uma MEDIDA DE SEGURANÇA de duração variável, segundo critérios dos juízes, sendo, ou não, colocada sob custódia (dependendo do risco associado);

- 3- Caso a pessoa, apesar de uma doença prévia bem caracterizada (TAB, Epilepsia, S. Orgânico da Personalidade e até mesmo uma Esquizofrenia), **tivesse, ao tempo da ação, condições para a consciência do caráter delituoso dos seus atos**, mas, apesar disso, houvesse a certeza de ter sido (aquele ato) executado sob **influência** (mas não **determinação, é bom assinalar**) daquela mesma doença, a pessoa poderia ter alguma redução da pena. Quando da sua libertação, entretanto, receberia a ordem de permanência em tratamento sem prazo estabelecido; com a possibilidade de perda da liberdade a qualquer tempo (potencialmente por toda a vida) caso suspenda o tratamento ou se, em decorrência da própria condição clínica, voltar a representar uma ameaça a ela mesma ou à sociedade. É possível até que isso desencoraje muitas das pessoas possivelmente beneficiárias do dispositivo de a ele recorrer, pois implicaria uma relação permanente com a Justiça.

.....

CRITÉRIOS GERAIS PARA O DIAGNÓSTICO

Antes de passar aos critérios aplicados para cada um dos transtornos, há que reforçar bem aquilo que é comum a todos eles:

- 1- **IDADE DE INÍCIO**: todos precisam se iniciar ANTES dos 18 anos. A rigor, costumam ser caracterizados muito antes disso, uma vez que esse tipo de condição é aquela que melhor caracteriza o que foi denominado um **DESENVOLVIMENTO***. Tenho visto casos nos quais uma conduta

*Em oposição: 1- às **REAÇÕES**, nas quais um fator CAUSAL é reconhecido. Há que diferenciá-las do mero **desencadeamento** e o critério para isso é: cessada a ação há que cessar a reação; somente uma relação temporal não é suficiente; 2- aos

impulsiva grave, iniciada somente após surgimento de um episódio maníaco (palavra que precisa ser substituída) em um adulto, foi “suficiente” para que pessoas menos cuidadosas lhes atribuíssem um diagnóstico de “*borderline*”. É um erro sério. Nada impede, e acontece com alguma frequência, que jovens com aquele perfil (dito “*borderline*”) antes dos 18 anos, tenham configurada uma bipolaridade “*a posteriori*”. Nesse caso, o paciente deve receber diagnósticos nos dois primeiros EIXOS. Por tudo isso, é imprescindível a escuta de pessoas que conviveram com o paciente na atribuição de um diagnóstico de TP. Na dúvida, o EIXO II deve ficar vazio ou ser usada interrogação, caso existam indícios mais fortes. O critério (18 anos) é arbitrário, mas interessante. Parte do princípio de que, até essa idade, a personalidade está ainda em formação: os traços não teriam se “cristalizado” ainda. Há que assinalar a exceção à regra, demonstrando também um cuidado especial: o limite para o INÍCIO de um T. Antissocial foi estabelecido em 15 anos (DSMIII) para o surgimento de certas condutas a especificar adiante. É arbitrário, mas interessante, pois muito ligado às observações clínicas e da vida.

- 2- **IDADE LIMITE PARA ATRIBUIÇÃO DO DIAGNÓSTICO**- muito ligada ao critério anterior: não é permitida atribuição de um diagnóstico de T. da Personalidade antes da sua maturação mais plena. Há muitos relatos de conduta antissocial na juventude, por exemplo, (ver JJ Rousseau) com evolução completamente diferente da esperada. Por isso até foram criados diagnósticos provisórios para adolescentes que não vão nos interessar aqui. Até mesmo para os Antissociais (lembrar do início de certas condutas antes dos 15 anos) esse diagnóstico só pode ser atribuído depois dos 18 anos

PROCESSOS, implicando modificações estruturais e não apenas funcionais no indivíduo.

- 3- **CRITÉRIO OPERACIONAL**- esse talvez seja o ponto mais fraco do capítulo. Seguindo uma diretriz geral foram aplicados critérios numéricos, sempre que possível e, por vezes, forçando um pouco: “*teve mais de 2 parceiros sexuais no período de...anos*”, para avaliar presença de promiscuidade sexual; “*foi multado...vezes*” idem. Por conta dessa aplicação, cometeram o maior de todos os seus erros (felizmente corrigido em 1987 no DSMIII-R): tinham eliminado o critério “**Ausência de remorso ou culpa**” para os Antissociais; afinal, não existe um “*remorsômetro*”.
- RESULTADOS: 1-caíram no truísmo (redundante, por definição), **conduta antissocial é igual a t. antissocial**. Estava eliminada toda a subjetividade do diagnóstico; logo a clínica começaria a agonizar. A partir de então, qualquer bedel poderia lançar mão de uma tábua de condutas e, marcando cruzinhas ao lado, dizer quem era e quem não era antissocial; 2- os antissociais que, segundo todos os trabalhos clássicos (ver M. Cleckley), praticamente nunca se suicidavam, passaram a ser vistos como fator de risco para o suicídio.
- CONCLUSÃO: a eliminação da avaliação SUBJETIVA do remorso ou culpa implicou uma MISTURA (tóxica para a classificação) entre os antissociais e os ditos “*borderlines*”, esses sim sofrendo de um risco enorme para o suicídio. É fácil imaginar como uma oscilação muito súbita entre sentimentos opostos (amor e ódio, por ex. e depois de adotar as condutas correspondentes) pode levar uma pessoa a se atirar de uma janela ou voltar uma arma contra a própria cabeça.
- 4- **TRAÇO ESSENCIAL OU REUNIÃO DE CONDUTAS?**- há aqui também aquilo que considero uma fraqueza: a não delimitação de um TRAÇO ESSENCIAL sempre exigido para o diagnóstico. Listar vários traços e dizer “presença de pelo menos 3 condutas abaixo” para sua caracterização (ver T. Paranoide) pode confundir um pouco. Penso ser muito mais interessante assinalar DOIS (no máximo 3) traços fundamentais dos

quais TODOS os demais derivariam. Por exemplo: **T. Personalidade Evitante**- 1-expectativa catastrófica permanente; 2- hipersensibilidade à possibilidade de rejeição (3- tendência a resistir a qualquer mudança e exposição a situações novas).

.....

OS TIPOS E SEUS “CLUSTERS” (OU SUBGRUPOS)

A releitura do capítulo correspondente do DSMIII só fez reafirmar a certeza da sua profundidade e inúmeros acertos. Por isso, e no geral, serei um pouco redundante na sua referência. Em alguns casos, como os critérios ali sugeridos para os ANTISOCIAIS e “BORDERLINES”, há muito o que dizer. Os subgrupos em que foram ali subdivididos obedeceram também a um bom critério de proximidade entre seus componentes e sua denominação também me pareceu muito adequada. É bom assinalar que, na maior parte das vezes, os traços que vamos discutir, quando apresentam FLEXIBILIDADE, implicam até uma maior capacidade de adaptação de um indivíduo. Aquele que conseguir desenvolver um repertório maior de capacidades de ação/reação na vida, dependendo das diversas situações que se apresentam e mantendo uma unidade pessoal de atitudes---o que é muito diferente da defesa do “*camaleonismo*” tão estimulado atualmente---haverá de se adaptar e TRANSFORMAR o mundo à sua volta mais intensamente. Por fim, o recurso a alguns termos em inglês me pareceu obrigatório nesse tema.

.....

“CLUSTER” 1- OS “ESTRANHOS E EXCÊNTRICOS”

Os membros desse grupo apresentam alguma associação (epidemiológica e outras, provavelmente) com as esquizofrenias, sem que preencham critérios para a doença propriamente dita. Levantamentos entre parentes de primeiro

grau de esquizofrênicos demonstraram maior frequência da presença dos traços que vamos discutir para cada uma das personalidades desse grupo.

- 1- **P. Paranoide:** antes de tudo, aplicamos esse termo a muitas outras condições de natureza psiquiátrica/psicológica*, sempre implicando sensação de ser perseguido e autorreferência. Nesse caso, o termo PARANOIDE se aplica a pessoas que **SEMPRE (ou quase sempre e nas relações humanas) mantém uma expectativa de que serão prejudicadas pelas demais e de maneira intencional.** A segunda característica predominante é a **atitude permanente de defesa em relação a praticamente todas as pessoas**, o que inclui membros da família. São incapazes de um gesto de ternura ou desprendimento para com outro ser humano. Como era de se esperar, sua expectativa negativa em relação a todos os seres humanos (e sua pretensa “intenção de prejudicar e passar os outros para trás”) tende a se “confirmar”, pois é o que “plantam”. Diante de uma pessoa assim, quem haverá de se sentir à vontade, senão as pessoas totalmente dela dependentes? Aliás, com muita frequência as relações humanas muito próximas (especialmente as conjugais) se apóiam em uma certa complementariedade entre aqueles traços que vamos discutir nesse capítulo.

Alguns comportamentos tendem a ser recorrentes nesses casos: se um vizinho martela em sua própria casa, certamente o está fazendo com a intenção de perturbá-lo, devendo reparar quando ele chega em casa, etc. Se um outro coloca seu lixo próximo a seu muro, também deve ser para o provocar; se um filho deixa de pagar uma conta, deve ter tido a intenção de lhe fazer mal e assim por diante. Há mesmo quem viva assim e nunca apresente sinais ou sintomas (delírios propriamente ditos). Sofrem da total ausência de senso de humor e são vistos como frios e racionais. Em verdade,

* Aplicamos também em relação às Esquizofrenias, às síndromes, além das assim chamadas Paranoias.

essa frieza aparente e falta de afetos expressam outros afetos não muito apreciados: ressentimento, amargor, crueldade e outros.

.....

2- **P. ESQUIZOIDES**- nesses casos encontro apenas UM traço essencial do qual todos os demais derivam: **a indiferença e frieza nas relações humanas** e para com todas as coisas que costumam despertar interesse nas pessoas em geral. Derivam desse traço: tendência a isolamento; ausência de reação mais intensa diante de ofensas ou elogios; incapacidade de participar mais ativamente de conversas e sorrir de forma expressiva. Além disso, raramente se casam ou se acontece o foi por passividade, diante da ação de uma outra pessoa. Alguns defendem até que essa condição seja abordada como uma espécie de PRÓDROMO para as esquizofrenias, ou seja: a doença já se teria iniciado. Como, entretanto, suspeitas de pródromos somente se confirmam quando da eclosão plena da doença e como muitos permanecem daquela forma por toda a vida, melhor que a condição seja tratada como um TP. Imprescindível é que não apresentem excentricidades no discurso e no comportamento, mais típicas das P. Esquizotípicas.

Nessa avaliação, a aplicação de uma boa semiologia é essencial. Vi muitos casos de pessoas isoladas, mas por apresentarem um traço exatamente oposto: sofriam tanto com a expectativa de uma rejeição, que terminavam por evitar contatos mais próximos. Um simples não retorno a uma ligação telefônica, por exemplo, era suficiente para uma quase certeza de estar sofrendo desprezo, etc.

.....

3- **P. ESQUIZOTÍPICA**- nesses casos, vejo DUAS características fundamentais: **1- estranheza e bizarrices nas crenças e percepções além de discurso com vagueza, mas sem perda nas associações:**

telepatias, “sexto sentido”, sensação de presença de pessoas mortas, revelações e profecias, autorreferência e outras (sem preencher critérios para as esquizofrenias); 2- **sofrimento agudo quando na proximidade de outra(s) pessoa(s)**. O mero mal estar seria pouco nesses casos. Os casos que acompanhei, em H. Penitenciário, levaram-me a valorizar muito esse traço que, por sinal, como que “contagiava” os demais custodiados. Ninguém queria com eles partilhar a mesma cela, não por medo propriamente (não eram fortes ou ameaçadores), mas por um mal estar indefinível.

Suas manifestações bizarras são tão chamativas que é comum haver uma negligência em relação à segunda, mais subjetiva. Valorizo-a tanto que chego a afirmar: sua ausência deve ser suficiente para afastar o diagnóstico. Crenças aparentemente bizarras têm sido tão propaladas na sociedade que, isoladamente, não implicam qualquer diagnóstico. Há tantas pessoas que se reúnem para esperar a descida de discos voadores ou para apreciar o surgimento de algum santo, etc. Crenças desse tipo, envolvendo outras pessoas, devem ser vistas apenas como manifestações da velha (e tão importante) capacidade humana para criar MITOS. Já colhi história de pessoas com traços esquizotípicos que foram inclusive rejeitadas naqueles grupos de hábitos e comportamento (digamos assim) pouco usual.

Por tudo isso e ainda mais pelo fato dessas pessoas apresentarem uma “melhora”, na expressão daquelas crenças bizarras, com o uso de baixas doses de antipsicóticos, é muito razoável sua abordagem pela CID X como uma forma de esquizofrenia. Não é assunto de todo resolvido e provavelmente não será. O fato de não sofrerem grandes mudanças na sua expressão no curso da vida reforçaria a hipótese de se tratar “apenas” de uma personalidade assim.

.....

“CLUSTER” 2: “DRAMÁTICOS, EMOCIONAIS”

É nesse subgrupo que encontramos as maiores superposições de traços e, em consequência, a maior dificuldade para distingui-los uns dos outros. Por isso mesmo vou tentar me esmerar em selecionar e dar mais peso àqueles traços que mais diferenciam do que aproximam os tipos uns dos outros. Essas superposições são naturais e o método DIMENSIONAL foi desenvolvido para conviver com esse problema.

4- **P. HISTRIÔNICAS:** antes de tudo, a **etimologia**. HISTRIÕES eram os atores muito exagerados da Roma Antiga. Assim, o termo parece não guardar relação HISTERIA, cuja origem todos conhecem. A grande dificuldade, na sua classificação, costuma ser sua separação em relação aos ditos “*borderlines*”. O DSMIII comete o deslize de dar destaque, em seus critérios para esse diagnóstico, a manifestações que são comuns às duas condições. É o que vou tentar evitar. Seus traços fundamentais são exatamente a **dramaticidade teatral** que imprimem a todas as suas expressões---o que é muito associado à necessidade de ser o centro das atenções---e também sua **conduta sedutora**, freqüentemente usada para obtenção de vantagens. Têm a necessidade de que todos caiam sob seus encantos e domínio. Precisam de novidades e estimulação permanentes, ficando entediados com muita facilidade. A superficialidade nas suas relações humanas é também um traço essencial, relações essas que costumam cursar com o uso das outras pessoas para alguns fins. Quando contrariados podem reagir também dramaticamente, chegando a ameaçar e a realizar tentativas de suicídio.

Casos como o de M. Monroe exemplificam bem o quanto esses traços, quando de manifestação inflexível, costumam ser prejudiciais. É fácil imaginar o quanto são prejudiciais às relações familiares. É muito frequente entre pessoas que pululam como mariposas em torno à “luz da MÍDIA” nas

tentativas dessa de fazer “arte dramática” através de novelas. Na maior parte das vezes, o máximo que conseguem é fazer figuração. Sofrem (assim como muitos atores com algum talento) do que já denominei “MÍDIA ADDICTION”. É fenômeno generalizado no meio: quando fora da ribalta, entram em uma quase síndrome de abstinência. Voltando aos histriônicos, até suas desgraças, quando se configuram, são motivo de exploração “glamourosa” pelos próprios. Parece ser mais freqüente em mulheres, mas essas manifestações podem representar o correlato e a consequência do poder masculino nas sociedades com o uso perverso das mulheres: seja para que fiquem presas ao lar, seja para que “alegrem” a vida dos homens endinheirados. Bom exemplo disso é o “*glamour*” associado ao “*Don Juanismo*” e a obsessão de alguns homens por seduzir. É bom deixar registrado que a sensualidade nas relações humanas é muito bem vinda. É ela que dá graça às nossas vidas, desde que seja respeitosa e cuidadosa de todas as partes. Tentar eliminá-la costuma resultar em PERVERSÕES, pois sua expressão inevitável termina por precisar de caminhos tortuosos para se manifestar: “*Dr Jekil and Mr Hyde*”.

.....

5- **P. NARCÍASICAS**- vivemos em uma sociedade que premia tanto a vaidade---de “*vanidad*”, correlato obrigatório do narcisismo---que se torna difícil a boa caracterização desse tipo de personalidade. Corremos o sério risco de cair o truísmo (redundante, como sempre) de dar esse diagnóstico somente àqueles que fracassam exatamente no aspecto que mais se relaciona com o núcleo do problema: o AFÃ de obter sucesso de público e financeiro a qualquer custo, menosprezando tudo o que não se relaciona a esses esforços. Nessa discussão, envolvendo questões morais essenciais, há que diferenciar o **orgulho pleno da vaidade vã**. O primeiro é muito legítimo e edificante; já a segunda, costuma não ser construtiva e

logo ser desmascarada. A assinalar também o fato de que pessoas mais capazes com frequência são mais autocríticas, até o ponto da inibição, abrindo caminho para os aventureiros. Não há virtude alguma na humildade a ponto de não expressar um talento verdadeiro.

As manifestações essenciais dessas personalidades são: **senso de grandiosidade exagerado e super estimacão das capacidades próprias e suas conquistas**. Há um enorme descompasso entre o que julgam ser o aquilo que efetivamente são (e de suas capacidades). Voltando sempre àquele critério do PREJUÍZO (ao próprio, principalmente), é imprescindível que se leve em consideração o efeito desses traços sobre as relações familiares e mais próximas em geral, até porque, essas pessoas estão sempre valorizando mais as “relações certas” do que as verdadeiras amizades. Em relação a essa necessidade de conhecer “pessoas importantes” os suecos têm um ditado muito expressivo: *“...Sabe aqueles caras que conhecem todo mundo, mas ninguém conhece eles!”*. Vi muitos casos assim (na vida do dia a dia e na clínica) nos quais somente uma queda muito grave foi acompanhada de alguma autocrítica. Bastava uma pequena melhora na situação, entretanto, para que tudo voltasse ao velho código de desprezo àqueles que *“não conseguem pensar grande”* (sic). Nos dias que correm como o tal “empreendedorismo” tem arrastado essas pessoas para o desastre!

.....

- 6- **P. “BORDERLINE” (EMOCIONALMENTE INSTÁVEL)**-Apesar da inadequação do termo mantenho seu uso para que nos lembremos sempre daquele que talvez seja o maior erro conceitual na história da Psiquiatria. Quando foi cunhado, referia-se a situações consideradas limítrofes às esquizofrenias, apenas porque cursavam com eventuais episódios psicóticos. Seus traços fundamentais, porém, são OPOSTOS aos daquele

transtorno (ou doença): enquanto as esquizofrenias costumam provocar tendência à indiferença afetiva e ao isolamento social, os assim chamados “*borderlines*” expressam seus afetos de maneira exacerbada e sequer suportam estar sozinhos. Esse aspecto e a sensação de **vazio** permanente, nesses casos, obrigam-nos a recorrer ao conceito de RELAÇÕES OBJETAIS e de uma deficiência grave nelas como tentativa de compreensão da sua origem. É em torno dessas relações (primeiras pessoas com quem convivemos) que formamos nosso EU sendo determinantes (especialmente quando edificantes: os bons “objetos interiores”) da sensação de não estar sozinho em qualquer situação.

Seus traços principais são: **impulsividade/instabilidade emocional*** e **a sensação (mais abstrata) de VAZIO** associada muito intimamente a um problema grave na auto imagem (expressão muito repetida, mas de difícil definição e não resolvida do ponto de vista da semiologia). Suas relações são muito intensas e instáveis, implicando grandes e rápidas oscilações entre extremos na qualidade do afeto expressado: de uma declaração de amor a uma pessoa, podem passar subitamente---a partir de algo aparentemente sem grande importância---a xingamentos ou coisa pior. Por tudo isso e pelo sofrimento associado (o que os diferencia dos ANTISOCIAIS: sensação de remorso e culpa), apresentam alto risco de suicídio (impulsivo e predominantemente em jovens), em geral antecedido por muitas tentativas teatrais e/ou lesões graves auto provocadas. Promiscuidade sexual, o uso de substâncias psicotrópicas (legais e/ou ilegais), gastos excessivos e envolvimento com jogo e crime são também muito freqüentes.

* Quem se lembrar da definição de EMOÇÃO (do verbo “*movere*”): sentimento extremo que dispara atitudes (daí a expressão **incontinência emocional**, potencialmente lesiva e necessitando de força externa para sua cessação) verá a importância dessa relação íntima entre impulsividade e instabilidade nos afetos.

Por conta da sua gravidade e pela superposição de muitas de suas manifestações com a bipolaridade (especialmente aqueles que sofrem de disforia) há quem considere essas personalidades como fazendo parte de um espectro não muito bem caracterizado: se são “*borderlines*” seriam dos transtornos do humor. Uma enorme dificuldade para testar a hipótese reside no fato desses pacientes, até por sua inconstância generalizada, muito raramente seguirem qualquer tratamento.

.....

7- PERSONALIDADE ANTISOCIAL

Aqui a primeira aquisição vem na própria denominação. Chamar esses pacientes de “*psicopatas*” (usando mal o termo aplicado por Schneider a todas as personalidades listadas) era uma aberração, até porque, sua etimologia implica dizer “doentes mentais”, o contrário de tudo o que estou defendendo aqui. Muito melhor foi a denominação a partir de seu traço principal, pelo menos no sentido da expressão social, uma vez que seu traço mais marcante, em minha opinião, determinante de todas as outras características **é sua total ausência de empatia para com seus semelhantes** (e também para com animais, como veremos).

Para nenhum outro dos tipos de personalidade aqui discutidos a pergunta quanto aos PREJUÍZOS associados (ao próprio) é tão importante. Já assinalei os critérios mais formais e demonstráveis para avaliar essa adaptação: **tempo de sobrevivência e capacidade de reprodução**. Como os antissociais raramente vivem muito, esse seria um critério suficiente; formalmente, pelo menos.

Alguns, entretanto poderiam dizer que isso se dá somente por sofrerem com a inveja, pois todos poderiam querer de ser como eles, etc. O que vou tentar demonstrar é que as condutas dessas pessoas são determinadas por uma **grave insuficiência em relação ao que há de mais importante na vida**; de um **amargor e ressentimento contra um sentimento de exclusão insuperável**: a

exclusão daquilo que chamo a "**festa dos afetos**" **percebidos** à sua volta. Como todos os excluídos* (ainda mais grave nesses casos, pela sensação profunda da total impossibilidade de superação), esforçam-se para destruir tudo o que atualiza sua incapacidade. Nunca isso foi tão bem expressado como em "**CIDADE DE DEUS**": durante uma grande festa do tráfico, incapaz de participar das danças e do transbordamento de alegria, "**ZÉ PEQUENO**" (o antissocial por excelência) começa a atirar de maneira a acabar com a festa. Há estudos revelando, nesses casos, imaturidade cerebral, especialmente nas circunvoluções frontais, áreas com função frenadora do comportamento, mas penso que o correlato neuropsicológico (há outros também, ambientais) quanto à origem do problema deve ser procurado em áreas associadas aos SENTIMENTOS (sistema límbico e outras). Deficiências nessas áreas podem estar na origem das observadas nas áreas frontais. Sua necessidade de **exercer poder** através da provocação do engano, sofrimento e medo também deve ser estudada.

Se há algo de que não compartilho é da crença em alguma "capacidade muito especial" dessas pessoas no sentido da inteligência, capacidade de sedução, etc. São aspectos muito exacerbados pelos que sofreram com alguns deles, visando não olhar para as suas próprias limitações† e despreparo generalizado para a vida. Esse mito também é reforçado pela associação com outros interesses muito perversos: das famílias (visando controlar seus parentes), do poder do estado (a juventude em geral) e de alguns psiquiatras ("surfar na onda" ganhando mídia). Assim, infantilizam-se filhos e depois atribuem suas quedas (quase inevitáveis nesses casos) às "más companhias". Tudo muito reforçado

* Nenhum sentimento é tão doloroso, especialmente para jovens. Estou convencido que um SENTIMENTO DE EXCLUSÃO está na base dos recentes atos terroristas perpetrados especialmente na Europa. Todos o foram por jovens que romperam com sua cultura original e que nunca se sentiram tratados como iguais nos países onde nasceram. Um deles, alemão de origem iraquiana, gritava (enquanto ameaçava com uma faca) "*Ich bin Deutscher*"!

† Em "Guerra e Paz" Tolstói afirma que mito de invencibilidade quase sobrenatural de Napoleão foi muito reforçado pelos generais germânicos de maneira a esconder sua própria incompetência.

por psiquiatras que se aproveitam resgatando até o muito sonoro "PSICOPATA" nos seus livros de "autoatrapalhação". De minha parte, digo que sempre vi a psiquiatria/psicologia com a finalidade de libertação! Há até uma irresponsabilidade nessa generalização de um diagnóstico que deve ser reservado às situações extremas. Nesses casos, há que inverter a pergunta: que despreparo (ou até mesmo deformação moral dos próprios) será esse que atrai tantas pessoas para as garras dos antissociais? Aliás, quando olhadas com olhar crítico, suas "manobras e contorções morais" ficam óbvias e até ridículas! Foi nesse capítulo que o DSMIII cometeu seu maior deslize: em seu afã em torno de **critérios operacionais** (aqueles muito objetivos e até contábeis) seus organizadores excluíram o critério: **ausência de remorso ou culpa**.

RESULTADO: houve uma superposição quase total de critérios com os "*borderlines*". De um momento para o outro, o diagnóstico de antissocial que era fator quase que de exclusão para o suicídio (ver trabalhos de Cleckley e outros) passou a ser considerado fator de risco para ele. Além disso, caíram no truísmo: **conduta antissocial é igual a personalidade idem**. Daquele momento em diante, qualquer bedel com uma prancheta e algumas cruzinhas poderia fazer aquele diagnóstico. Tudo isso acabou sendo muito útil para demonstrar até onde pode ir o abandono das teorias e dos aspectos subjetivos nas avaliações. O problema foi revisto e resolvido sete anos depois, com o DSMIII-R.

Do ponto de vista dos critérios diagnósticos mais objetivos, há aqui uma peculiaridade: a exigência de que alguns comportamentos tenham se verificado ANTES DOS 15 ANOS. É arbitrário? Talvez, mas é muito interessante, uma vez que aponta para o risco de que eventos ocorridos na adolescência (ou mesmo fatores mais especificamente de natureza orgânica) tenham determinado uma mudança no comportamento depois daquela idade. Exagerada talvez seja a EXIGÊNCIA dessa caracterização, mas o chamar a atenção é muito útil. Aliás,

isso é válido para quase todos os tipos que aqui estamos discutindo: suas manifestações costumam aparecer desde a infância. Já os critérios aqui apresentados nessa caracterização premiam a SUBMISSÃO e penalizam a individualidade! Mais uma vez, a operacionalização levou a problemas como a inclusão de: “falta às aulas intencionalmente (no mínimo 5 dias/ano por 2 anos); **expulsão/suspensão da escola; fugir de casa à noite por 2 vezes**”. Há ali critérios não operacionais que me parecem muito mais interessantes: “**mentira contumaz e iniciação de brigas**”, além de outros óbvios e necessários: “**roubos e delinquência em geral, vandalismo, sexualidade precoce e promíscua e uso de álcool e drogas**”.

Os critérios exigidos para depois dos 18 anos, priorizando “**incapacidade laboral, irresponsabilidade para com familiares, promiscuidade nas relações mais íntimas, não pagamento de dívidas, agressividade e impulsividade**”, além do matiz excessivamente pequeno burguês, também me parecem objetivos e amplos demais a um só tempo. Parece haver uma contradição nessas palavras, mas é assim que as coisas se dão: são aspectos subjetivos, indefiníveis e até impalpáveis que sustentam o mundo físico/empírico, como muito bem o demonstrou GW LEIBNIZ derrubando o empirismo inglês (Locke e Newton, principalmente). Eliminem a subjetividade e a boa clínica se esvai junto com o excesso de objetividade. Aquela **falta de EMPATIA** (já assinalada) para com os outros seres humanos, por exemplo, é imprescindível, além de não operacional. Chama a atenção que ali não seja priorizada uma outra característica essencial: “**não aprendido com a experiência**”, por pior que essa seja. Não há como deixar de concluir dessas palavras: a sociedade precisa se defender dessas pessoas, sem qualquer ódio e nunca por antecipação.

.....

“CLUSTER” 3: COM EXPECTATIVA CATASTRÓFICA E MEDO

.....

8- **P. EVITANTE OU “DE EVITAÇÃO”**: Apresentar como características principais desse “Cluster” (como o faz o DSMIII) “**ansiedade e medo**” é um erro. O termo “ansiedade”, quando usado nesse contexto (técnico e especialmente quando de uso médico), deve se referir especificamente a SÍNDROME DE ANSIEDADE (mal estar geral e seus correlatos típicos). Sendo assim, não deve ser aplicado a condições que, por definição, não se podem associar a SINAIS E SINTOMAS e, em consequência, **síndromes**. Bem melhor me parece a denominação aqui proposta. Mas talvez exista naquele erro uma “contaminação” do quanto as P. de Evitação (especialmente e por exemplo) são de difícil diferenciação em relação aos Transtornos mais específicos dos quais são uma espécie de “caldo de cultura”: os Transtornos de Ansiedade, especialmente aqueles que cursam com fobias em geral. **Hipersensibilidade à expectativa de rejeição e o evitar exposição** (ainda que associadas uma possibilidade de enorme gratificação) são seus traços principais, implicando, como é de se esperar em pessoas assim, baixa interação social e muito baixa auto estima. Em suas poucas relações, afetivas e familiares, precisam de uma aceitação plena, não tolerando sequer a possibilidade de sofrer rejeição. Em consequência, seu desempenho social tende a ser muito abaixo das suas aparentes capacidades, uma vez que tendem a ser pessoas com muita sensibilidade (inteligência acima da média, arrisco-me a dizer) e cuidadosas. Seu nível muito elevado de exigência termina por reduzir seu potencial à mera sobrevivência. Caso consigam trabalhar, não aceitam ofertas de cargos de chefia ou melhores oportunidades em função da necessária exposição a uma situação nova. Além disso, costumam criar à sua volta uma “aura” de catástrofe que envolve todas as

peessoas amadas. Se alguém se atrasa, só pode ser por ter acontecido algo de muito ruim. Com isso costumam infernizar também a vida dos mais próximos. Como respondem bem a pequenas doses de ISRS, parece-me muito justo que sejam consideradas formas ainda não plenas dos Transt. de Ansiedade propriamente ditos.

.....

9- **P. DEPENDENTE:** como a denominação aponta, sua característica principal é a **passividade, o que implica a entrega das principais decisões, em relação à sua própria vida, a outras pessoas.** Há, em geral, uma pessoa mais específica que comanda sua vida podendo ser eventualmente substituída. Na avaliação da sua auto estima, e partindo do princípio de que são os enfrentamentos na vida---independentemente de terem sido vitoriosos ou não---que determinam seu desenvolvimento, encontramos um auto julgamento muito depreciativo na quase totalidade desses casos*. O risco de uma evolução para quadros depressivos é muito alto; quase uma regra e com gravidade variáveis. Alguns já chamaram essa baixa permanente do humor de uma “síndrome de desmoralização”, sendo que o termo “moral”, nessa aplicação, refere-se mais à auto confiança, como nas situações coletivas: “o moral das tropas”.

.....

10 - **P. ANANCÁSTICA (OU COMPULSIVA)-** Antes de tudo, qualquer terminologia que faça aproximar essa personalidade ao TOC deve ser evitada. Por muito tempo julguei ser ela fator predisponente àquele transtorno, mas isso definitivamente não se confirmou. Em verdade, essa

*Vi certa vez escrito em traseira de caminhão: “NÃO HÁ VITÓRIA SEM LUTA”. Pensei: Sim, mas o contrário também é verdadeiro: não há luta sem vitória! A própria luta é já uma vitória contra a nossa inércia apontando para vitórias mais objetivas mais à frente.

aproximação entre as duas condições deu-se em função de traços PERIFÉRICOS do problema; aqueles que, até para o leigo, são mais aparentes: **tendência à repetição e minuciosidade**. Como, entretanto, somos profissionais, é esperado de nós um olhar mais profundo sobre nossos objetos de estudo. Na origem dessa tendência à repetição e minuciosidade, quanta diferença e até mesmo oposição nas duas condições! Enquanto o paciente com TOC tende a repetir condutas rituais por um medo terrível (pensamento mágico) de que algo horrível aconteça e/ou de prejudicar os demais, no ANACÁSTICO as repetições e minuciosidade são associadas ao controle e quase assédio moral aos circundantes especialmente quando são seus dependentes.

Na avaliação de seus traços principais é imprescindível assinalar a perda quase total da dimensão humana na aplicação das regras e ordens que essas pessoas costumam reverenciar e impor. Assim, características que são habitualmente associadas a uma VIRTUDE: ---**perfeccionismo, obediência a regras, disciplina, pontualidade** e seus correlatos---acabam por se tornar o pior dos vícios. E como a humanidade já sofreu e sofre na mão de inquisidores e “reformadores sociais” que escondem suas piores perversões sob um fino verniz de virtude! Talvez não seja demais citar o pensador:

“Toda virtude precisa ser humana e aos seres humanos dirigida. Qualquer aparente virtude que se perde nas nuvens volta-se contra esses mesmo seres humanos” (Zaratustra). Tendem à frieza e formalidade, não sendo receptivos, assim como não apresentam qualquer senso de humor ou desprendimento.

A pergunta quanto ao sofrimento individual (e do próprio) também aqui se coloca: essas mesmas disposições terminam levando essas pessoas a um isolamento doloroso e amargo, além da criação de péssimo ambiente familiar e de trabalho. Eventualmente podem aceitar um tratamento, mas logo eles

estarão tentando enquadrar o próprio terapeuta em seus próprios traços. Medicamentos não costumam funcionar e, nesses esforços de tratamento, o desenvolvimento de uma contratransferência negativa é quase uma certeza. Acompanhei a situação de uma pessoa que tinha 3 filhos, pouca ajuda na condução da casa e que me referiu com orgulho a fala de uma vizinha ao entrar em sua casa: “*Nossa! Sua casa é um brinco, **nem parece que mora gente**”!* Reproduzo essa fala uma vez que atinge o núcleo do problema. Tudo que se espera é que uma casa tenha por finalidade acolher pessoas e que elas deixem nela suas marcas pessoais.

.....

11 - P. PASSIVO-AGRESSIVA – Os traços inflexíveis aqui tratados efetivamente existem, mas não há um consenso quanto a serem suficientes para caracterizar um tipo de personalidade específico: **resistência passiva a demandas familiares, sociais e de trabalho que são consideradas razoáveis** (pelos demais, mas nunca pelo próprio) e **procrastinação** (o deixar tudo para depois). Resmungos e queixas “surdas” (nunca diretas) quanto a cobranças (de chefes, pais, maridos, esposas, etc.) que dizem exageradas também são freqüentes. Assim, atrasos e esquecimentos são a regra na sua vida em geral, implicando um baixo desempenho social, laborativo e familiar. Diante disso, a pergunta obrigatória é “Por que, então, o uso da palavra ‘agressiva’ no título?”. Há que desenvolver alguma hipótese para a compreensão do processo pelo qual alguém chega essa situação e, assim, conseguir explicar o título. Para todos os casos que (de alguma forma) acompanhei havia pelo menos um dos progenitores com traços ANANCÁSTICOS que os assediara na infância; esses sim, com exigências exageradas e desumanas. Naquele período a conduta assinalada era muito compreensível, podendo até ser ADAPTATIVA:

uma afirmação da individualidade contra um assédio moral do qual não conseguia escapar. É fato corrente e plenamente aceito que uma conduta quando muito repetida--- especialmente nos períodos de formação de alguém e até mesmo depois disso---torna-se aquilo que alguns pensadores chamaram uma **segunda natureza** cuja superação pode ser até impossível no curso da vida. Durante aquele processo assinalado, a PASSIVIDADE (não contestadora, mas também NÃO cumpridora das ordens) era uma forma de revidar a agressão permanente. Assim, é comum a formação de “parelhas perversas” em um ciclo vicioso de humilhação e agressão continuadas.

Daquilo que vai dito podemos concluir: diante de situações de opressão continuada, contra as quais não temos outros recursos de defesa, uma conduta **passivo-agressiva** pode ser não somente compreensível como até ADAPTATIVA. São esses os casos que mais deixam à mostra a dificuldade de diagnosticar personalidades sem conhecer e levar em conta as circunstâncias da sua expressão que precisa ser: INFLEXÍVEL e DESADAPTATIVA. Trabalhei sob um diretor (em H. de Custódia) em relação ao qual nenhuma outra atitude poderia ser efetiva. Muitas foram tentadas, inutilmente, pois ele “queria porque queria” impor à vida um modelo que tinha na sua mente. Com o tempo, todos os nossos funcionários desenvolveram uma atitude passivo-agressiva para com ele. E como nos ríamos vendo seus arroubos quase apopléticos! No seu próprio discurso de posse assinalou com pompa e circunstância: *“Sinto-me como um comandante que estivesse assumindo o controle de um destróier em mar revolto”*. Olhamo-nos todos com um sentimento de que aquilo não poderia dar certo.

BIBLIOGRAFIA:

- AMARAL, M. e FONTENELLE, L. “As Senso-Percepções, as Representações e seus Transtornos: Um Estudo Crítico”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol 47 (12): 641-646, 1998.
- AMARAL, M. e FONTENELLE, L. “Controvérsias Acerca da Vontade” *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* vol 50 (1-2): 43-49, 2001.
- AMARAL, M. “O Suicídio”. In BUENO JR; NARDI, AE (org) “Diagnóstico e Tratamento em Psiquiatria” RJ. MEDSI, 2000.
- APPOLINÁRIO, JC “Transtornos Alimentares”, in BUENO, JR; NARDI, AE (org) “Diagnóstico e Tratamento em Psiquiatria” RJ, MEDSI, 2000.
- APPOLINÁRIO, JC; COUTINHO, W; PÓVOA, LC. “O Transtorno de Comer Compulsivo”. *J. Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (supl.1): S38- S45, 1995
- BLEULER, E. ”Psiquiatria”, 15 edição Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1985
- BUTCHER, HJ, “A Inteligência Humana”, Ed. Perspectiva, São Paulo, 1972
- CABALEIRO GOAS, M “Temas Psiquiátricos: Algunas Cuestiones Psicopatológicas Generales” Madrid, Editorial Paz Montalvo, 1966
- CHALUB, M. “Temas de Psicopatologia”. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1977.
- CARVALHO, M. “Correlatos Neuropatológicos e Clínicos de Depressão em Pacientes com AVC Agudo”. Tese de Doutorado Instituto de Psiquiatria UFRJ, 1996
- CHENIAUX, E. “Manual de Psicopatologia”, Editora G. Koogan, Rio de Janeiro, 2002.
- “Psicanálise e Neurociência: Um Diálogo Possível?” *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, ano 96: número 82-83, págs 21 a 28.
- CONRAD, K. “La Esquizofrenia Incipiente” Editorial Alhambra, Madrid, 1963

- CORIN, E. From a Cultural Stance: "Suicide and Aging in a Changing World" International Psychogeriatrics, Vol 7, N. 2, 1995 Springer Publishing Company.
- CORREA, H "A Impulsividade enquanto Traço Psicobiológico Básico" J. Bras. Psiq. vol. 51(5): 291-298, 2002
- DALGALARRONDO, P. "Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais" ARTMED Editora, P. Alegre 2002
- DAMÁSIO, AR "O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano" S. Paulo, Companhia das Letras, 2000.
- DELGADO, H. "Curso de Psiquiatria", 5 Edicion. Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1969.
- EY, H. "Manual de Psiquiatria", 5 edição, Rio de Janeiro, Editora Masson do Brasil, 1988
- FERNANDES, A. "Fundamentos de la Psiquiatria Actual". Madrid: Editorial Montalvo 1976.
- FREUD, S. "Obras Completas" Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968
- FONTENELLE, L e MENDLOWICS M Manual de Psicopatologia descritiva e Semiologia Psiquiátrica, Livraria e Editora Revinter, RJ. 2017
- HARVEY, PD and SHARMA, T "Understanding and Treating Cognition in Schizophrenia". Martin Dunitz Ltd, United Kingdom, 2002
- JASPERS, K. "Psicopatologia Geral", Editorial Beta, B. Aires, 1963
- KAPLAN, HI, SADOCK BJ "Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th ed. Baltimore: Willians and Wilkins, 1995.
- KOLB, B e WHISHAW, IQ "Human Neuropsychology", W. Hcom. NY, 1985
- KRÄUPL TAYLOR, F. "Descriptive and Developmental Phenomena", In: SHEPERD, M. And ZANGWILL, Ol "Handbook of Psychiatry", vol. I Cambridge Univ. Press, 1983
- MATTOS, P. "Avaliação Neuropsicológica" in BUENO, JR, NARDI, AE (org) "Diagnóstico e Tratamento em Psiquiatria". MEDSI, 2000, Rio de Janeiro.

- MATTOS, P. “Demências e Outros Distúrbios Relacionados” in BUENO, JR; NARDI, AE (org) “Diagnóstico e Tratamento em Psiquiatria”. RJ, MEDSI, 2000, Rio de Janeiro.
- MATOS, EG “Histeria: Uma Revisão Crítica e Histórica de seu Conceito”. Artigo aprovado para publicação no Jornal Brasileiro de Psiquiatria.
- MAYER-GROSS, SLATER E ROTH “Psiquiatria Clínica” Editora Mestre Jou, São Paulo, 1972
- MELLO, ALN. “Psiquiatria”. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1979
- NARDI, AE e BUENO, JR “Esquizofrenia: Avanços no Tratamento” em BUENO, JR e NARDI, AE “Diagnóstico e Tratamento em Psiquiatria” MEDSI, 2000, Rio de Janeiro.
- PAIM, I “Curso de Psicopatologia” Editora Pedagógica e Universitária, 1993
- SÁ Jr, LSM. “O Diagnóstico Psiquiátrico”. In: BUENO, JR e NARDI, AE. “Diagnóstico e Tratamento em Psiquiatria”. Rio de Janeiro, MEDSI, 2000.
- PIEDEDE, RA “Análise Quantitativa da Atividade Cerebral” in BUENO, JR e NARDI, AE “Diagnóstico e Tratamento em Psiquiatria” MEDSI, 2000, Rio de Janeiro.
- SACKS, O “Um Antropólogo em Marte”. Companhia das Letras, SP, 2000.
- SCHNEIDER, K. “Psicopatologia Clínica”. Diana Artes Gráficas 1963, Madrid
- YAGER, J and GITLIN, MJ. “Clinical Manifestations of Psychiatric Disorders”, In: KAPLAN, HI and SADOCK, BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore: Willians and Wilkins, 1995.