

PSICOPATOLOGIA

FUNDAMENTOS E SEMIOLOGIA ESSENCIAL

MÁRCIO AMARAL

ÍNDICE

Introdução.....	Página 3
A Entrevista Psiquiátrica.....	Página 10
Apresentação de um paciente e as Atitudes Predominantes....	Página 28
Consciência, Atenção, Orientação e seus Transtornos.....	Página 31
A Consciência do Eu e seus Transtornos.....	Página 55
A Fala e seus Transtornos.....	Página 62
O Pensamento e seus Transtornos.....	Página 66
As Senso-Percepções, as Representações e seus Transtornos.....	Página 99
A Memória e seus Transtornos.....	Página 117
A Inteligência e seus Transtornos.....	Página 131
Sentimentos, Humor, Afetos e seus Transtornos.....	Página 146
A Vontade e seus Transtornos	Página 168
A Psicomotricidade e os Movimentos Anormais.....	Página 208
Os Transtornos da Personalidade.....	Página 220
Bibliografia	Página 255

APRESENTAÇÃO

Este livro é resultado do meu retorno a ministrar um curso completo de PSICOPATOLOGIA para a Psicologia da UFF (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 de sua aplicação permanente. 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, mas fruto 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, este livro tem como linha mestra o exame das diversas funções psíquicas e seus distúrbios. As referências à filosofia acontecerão com certa frequência, mas visando sempre tornar mais compreensíveis alguns conceitos e sua evolução em associação com a psicopatologia. 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** (de “Télos”, objetivo) e implica denominar **normal** apenas o que for mais adaptativo e interessante para um indivíduo e/ou sua espécie. O “normal” seria intimamente ligado a um IDEAL. Segundo esse critério, a genialidade seria, então, a “maior normalidade”

* 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.

possível em relação à inteligência. Esse critério, porém, não pode ser utilizado amplamente, especialmente para populações de maneira a gerar políticas públicas. 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, 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 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** 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. Por isso mesmo, acabam por cair em **tautologias**. 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 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**. A própria palavra “**recordar**” deriva de “*cor*”, “*cordis*”: trazer de volta ao coração. É uma boa pista para a decifração do fenômeno.

UMA PSICOPATOLOGIA MERAMENTE DESCRITIVA?

Trata-se de uma denominação usada por aqueles que tentam delimitar artificialmente o alcance da psicopatologia. Mesmo que o fosse, e desde que bem aplicada, ela continuaria muito rica e importante; mas é bem mais do que isso. Seu primeiro momento deve mesmo primar pela objetividade, evitando-se precipitar inferências que possam prejudicar a aplicação da própria semiologia. Como, entretanto, especialmente diante de sinais e sintomas (sempre associados à eclosão de uma verdade mais profunda de um indivíduo), não há uma oposição entre a forma (superfície a descrever) e os conteúdos (a inferir a partir do percebido) essas inferências são quase obrigatórias. Afinal,

talvez o nosso maior desafio seja encontrar e estabelecer as relações entre os sinais e sintomas (seu conteúdo, simbólico ou não) e a vida do paciente, seu ambiente e seu tempo, sempre segundo o PRINCÍPIO estabelecido por B. SPINOZA (1632-77):

"...o homem nada faz que não esteja conforme as leis e as regras da Natureza...a maioria crê que os insensatos (loucos) perturbam a ordem da Natureza...com isso concebem os homens na Natureza como um império dentro de um império..." ("TRATADO POLÍTICO", parágrafos 5 e 6)

Considerando que as condições abordadas em uma enfermaria psiquiátrica podem parecer muito bizarras e distantes da experiência habitual; e também a grande efetividade do nosso instrumento (semiologia), é quase inevitável sua aplicação em função de algum **distanciamento, autoproteção e poder**. Com o tempo, entretanto e depois da consolidação do aprendizado, é esperada uma ampliação do olhar para os fenômenos psicopatológicos na sua relação com a PESSOA avaliada. Dou um exemplo: em plena quarentena do COVID-19 interagi no pátio do IPUB com vários pacientes (guardando os cuidados, é claro). Uma paciente (em estado maníaco já não tão grave) falava longamente de seu abandono e da falta de contato com parentes. Perguntei-lhe pelos nomes de seus técnicos de referência (RM e RMULTI) e ela não soube dizer. De imediato, vendo duas dessas técnicas conversando por perto, para lá se dirigiu e, interrompendo sua conversa, começou a cobrar (com insistência e de forma indelicada) que elas soubessem aqueles nomes. Quando voltou, perguntei-lhe com algum humor e cuidado: "**Você é sempre tão autoritária assim?**" (Silêncio) R: "*É que eu sempre fui tratada como um bicho!*"...e desatou a chorar. Depois de um tempo, pediu ajuda a uma outra paciente para ir à enfermaria se informar. Quando relatei a situação a alguns colegas, alguém falou logo (era procedente, embora reducionista) que sua reação se devera à típica "**Labilidade Afetiva**".

Não discuti na hora a afirmação, pois precisava refletir a respeito. Até do ponto de vista dos critérios para a caracterização da manifestação, aquela denominação estava longe de esgotar o acontecido. A típica **labilidade afetiva** implica: 1- evidente **desproporcionalidade** em relação ao que teria disparado a reação (o choro, no caso); 2- um **retorno** relativamente rápido à exaltação (ver o capítulo correspondente).

Não foi isso o que aconteceu: 1- A sentença: "*É que eu sempre fui tratada como um bicho*" expressa sintonia extrema entre **a situação, o pensamento** (quanto a algo fundamental na sua história) e **a reação afetiva** observada. Ou seja, a tal **desproporcionalidade NÃO** estava ali caracterizada. Já vi uma paciente chorar em uma entrevista ao falar que um tintureiro havia manchado sua roupa e de imediato voltar a sorrir, discutir, etc.

2- A paciente ficou triste por um bom tempo. Ou seja, o **retorno rápido** à situação anterior também não se deu.

Podemos concluir: o que apareceu ali foi algo bem maior do que SOMENTE uma sintomatologia. No dia seguinte, ela me aguardava com os nomes dos técnicos escritos em um papel.

Embora nunca tenha descartado as associações para além dos fenômenos observados diretamente, K. Jaspers tem sua dose de responsabilidade nessa separação artificial: "*Para todos os fenômenos a serem descritos há que ter presente: sua forma deve se distinguir do conteúdo, variável de tempos em tempos*" ("Psicopatologia Geral").

Um simples olhar para a prática da GEOLOGIA é suficiente para derrubar a tese: um olhar preparado percebe as marcas do deslocamento das geleiras nas rochas; refaz a posição de rochas deslocadas e as ilhas criadas a partir de vulcões aparentemente extintos, por ex. Com isso é preparada a sondagem, confirmadora ou não das hipóteses. Felizmente, o jovem Nietzsche (aos 28 anos) já apontara os perigos dessa tendência muito alemã de separar **forma e conteúdo**: "*Nós, os*

alemães de hoje, que sofremos, mais que qualquer outro povo, dessa depauperação da personalidade; dessa contradição entre o conteúdo e a forma..." ("Da Utilidade e dos Riscos dos Estudos Históricos", 1872)

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

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

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. Tentando ir além do mero lugar comum, repetindo que o entrevistador deve ser acolhedor, atento e cuidadoso, é bom lembrar que esse deve ser o ponto de partida para um fim maior: a compreensão mais profunda e individualizada da pessoa e da condição clínica que a trouxe até ali. Por isso mesmo, não estão afastadas situações e perguntas mais delicadas que podem até incomodar; de início, pelo menos. Partindo de alguns PRINCÍPIOS e como que “ouvindo” a própria intuição, o entrevistador haverá de encontrar um bom caminho.

Há que rever também a conduta, tão frequente entre nós, de aceitar de forma acrítica certas condutas de pacientes (**fora de fase aguda**, é bom frisar), que, além de incomodar, dificultam sua inserção social, sob a desculpa tácita de ser "coisa de pacientes". Trata-se de uma forma de desclassificação que eterniza a exclusão e reforça um "rótulo"; uma desistência de exercer um papel no processo de crescimento de uma pessoa. Dou um exemplo: uma paciente bipolar grave (de muitos anos e que vem diariamente ao IPUB), entrava nas S. Clínicas e C. de Estudos (e outros espaços) gritando pelo nome de seu médico durante anos. Resistia a sair e tomava atitudes semelhantes em outros espaços institucionais. Certo dia, saindo do IPUB a pé, vi que ela caminhava algumas dezenas de metros à minha frente. Reparei que abordava as pessoas com quem cruzava, muito cuidadosamente e para pedir dinheiro. Fez isso várias vezes,

sempre falando baixinho e cuidadosamente. Dias depois, quando a encontrei no IPUB e diante da típica conduta, assinalei o fato com olhar bastante crítico o que a desconcertou bastante. Desde então, sempre que me encontra repete "***Eu não vou mais lá no L. Lopes não, tá!***". Há que tentar separar bem aquilo que é expressão de **sintomatologia** do que se tornou um **instrumento de manipulação** do meio.

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 frequência, fator de diferenciação entre uma oligofrenia leve e uma esquizofrenia residual (ver adiante), uma vez que, os oligofrênicos tiveram a tendência 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

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

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. É o que se verificava há alguns anos entre os finlandeses que vivem na Suécia: representavam cerca de 8% da população, mas respondiam por cerca de 20% dos suicídios lá verificados. Durante muito tempo, 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. Nem por isso, estão submetidos a um risco maior para adoecer do ponto de vista psiquiátrico. Há que valorizar muito mais a ruptura de laços culturais e sociais do que a emigração por ela mesma.

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 pastores e “*pais de santo*”, que 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 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 frequência, algumas pessoas, que não haviam se disciplinado nesse sentido, valerem-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

* Estou convencido de que pode haver nisso uma atribuição de papel a alguém pela própria família; uma marca da qual será difícil se desvencilhar, especialmente quando nomes se repetem muito nas famílias.

crítica necessária para correções de rumo e também certa “surdez” em relação a dados novos que possam derrubar nossa hipótese inicial.

O paciente psiquiátrico, frequentemente, não tem queixa alguma, além daquela referente a um 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 serem prejudicadas pela frase: “*O que você fez pra vir para cá?*” Algumas perguntas trazem **juízos** 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 lembrar a 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. 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 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, 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 de uma entrevista.

* 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.

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 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 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 estritamente aos acontecimentos recentes---do que a aplicada em psiquiatria. Como a quase totalidade das condições psiquiátricas tende a ter um curso crônico, ou seja: uma lenta instalação e longa duração, a HDA de nossos pacientes pode se iniciar décadas antes daquele exame ora realizado. 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 global da personalidade, quando, em verdade, refere-se apenas ao **tempo de instalação e evolução de uma doença** e isso não implica, necessariamente, deterioração ou incapacitação.

É esperado um esforço especial em bem caracterizar a primeira crise e também a atual, além de 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 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. Sem a caracterização dos níveis prévios de adaptação ficamos sem um referencial para bem avaliar os resultados da terapêutica. 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, um balizamento temporal (estabelecimento de marcos) para os acontecimentos de interesse clínico costuma ser muito útil para a feitura de boas correlações, inclusive de natureza etiológica.

Não será demais 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. Nesse sentido, nossas classificações funcionam mais à maneira de “*andaimas*” 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 até ali. Cada vez mais, a medicina e a psicologia têm observado e demonstrado que as pessoas adoecem frequentemente 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 luz solar ou se recebem vento ou água demais ou de menos), enquanto, em relação aos seres humanos, frequentemente nos esquecemos de fazer a muito singela pergunta: “*O senhor (ou a senhora) tem feito alguma coisa com prazer ultimamente?*”.*

Na maior parte das vezes, uma pergunta do gênero é suficiente para que o paciente sinta ter à sua frente um profissional que o vê como semelhante e interessado em investir na sua qualidade de vida. Esse é o acolhimento que todos os seres humanos procuram nas suas relações. 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.

* 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*”).

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 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, valemo-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 sequências 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, representa um “*corte transversal*” na observação, ou seja, a caracterização daquelas algumas dezenas de minutos de observação, ao contrário das observações longitudinais. Somente raramente aceito a atribuição de mais de um diagnóstico sindrômico psiquiátrico a um mesmo paciente. Na quase totalidade das situações, como por exemplo, a associação de uma depressão moderada com manifestações de ansiedade, há que priorizar uma das duas e entender as outras manifestações como fazendo parte daquela síndrome principal. Costumo fazer valer o 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. Há hoje uma

tendência muito forte à pulverização do diagnóstico psiquiátrico (sindrômico inclusive).

Uma **síndrome** é um conjunto de sinais e sintomas e pode decorrer de mais de um transtorno, distúrbio, entidade nosológica. 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 diagnósticoindrômico 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 diagnósticoindrômico autoriza o início de uma terapêutica. Por isso mesmo, passei a chamar o diagnósticoindrômico (durante todo o processo diagnóstico) “estação síndrome”. Afinal, trata-se de um ponto muito firme que implica: 1- organizar, delimitar e selecionar os próximos passos; 2- iniciar a terapêutica (quase todas sindrômicas na nossa especialidade); 3- identificar simulações; 4- procurar por sintomas típicos da síndrome que podem ter sido dissimulados (alucinações em uma s. paranoide, por exemplo).

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 segundo a 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 de ser a lesão predominantemente fronto-orbital, dorsolateral do lobo pré-frontal, temporal e outras. 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, eles 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 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. Tento resumir o processo na seguinte sentença: “**Aquilo que também poderia ser e porque eu penso que**

* 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.

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 de **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. 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 buscaria 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 frequentemente, da sua intuição.

Costumo dizer que **acertar** (ou agir de maneira mais efetiva) na CLÍNICA **implica** caminhar entre dois **erros** (ou condutas menos efetivas e até eventualmente desastrosas); fazendo correções de rumo frequentemente e tentando se esforçar para evitar o erro que teria piores consequências.

II-APRESENTAÇÃO E ATITUDES PREDOMINANTES

É aqui que o investigador deve mais exercitar sua capacidade de descrever um pouco mais livremente sua impressão inicial e as circunstâncias em que o exame se deu. Há que evitar o risco de perder dados em consequência de um totalmente inútil esforço de “explicar ou proteger” o paciente, atitude muito frequente em iniciantes. Apesar da boa vontade, essa atitude pode prejudicar a aplicação de uma boa semiologia. Costumo dizer, nesses casos, 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, caso exista*. É verdade que a significação desse fato é variada: pode decorrer do fato de a pessoa ter estado sedada ou contida por várias horas e também do fato de não lhe terem sido oferecido acesso a material de higiene e vestes limpas, etc. Repito, entretanto: essas considerações quanto ao significado do dado devem ser feitas *a posteriori*, sob o risco dele se perder, caso fiquemos tentando “justificar” precipitadamente a conduta e/ou apresentação de um paciente.

Quando da constatação da presença de um **cuidado mais apurado** para com as vestes e a higiene de um paciente, há que aplicar também uma subdivisão: decorre (esse cuidado) de uma ação do próprio paciente, ou teria sido ele simplesmente arrumado e preparado para o exame por alguém, seja da sua

*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 desgrenhados, dentes em mau estado de outro que seria, por assim dizer, “cronicamente descuidado”.

família, seja por parte de cuidadores? É sempre bom lembrar: o que interessa nessa avaliação não é principalmente o resultado (o estar cuidado ou não), mas uma compreensão mais ampla sobre o próprio paciente e o estado atual das suas capacidades.

Também as possíveis extravagâncias ou 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, frequentemente, entendido pelos próprios alunos 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, frequentemente chegará ao fim de muitas entrevistas sem dados para raciocinar e, em consequência, bem iniciar um tratamento. Fiel àquele princípio do “caminhar entre 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 do entrevistador.

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**,

controladora, 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 (em um exame psíquico) dos próprios sentimentos disparados pelas diversas situações da entrevista, mas elas costumam também perpassar seus registros e até mesmo o estilo de quem escreve. Por isso mesmo, algum exercício de auto-observação sempre tem alguma utilidade.

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 que ainda não tenha sido apresentado de forma pomposa por algum filósofo”*. Dentre outras coisas, implicava um anacronismo. Desde muito tempo (*Leibniz*, séc, XVII), sabia-se que a consciência estava longe de abarcar toda a “vida psíquica”; *Nietzsche* havia já atingira de morte a arrogância associada à “hiperracionalidade”, e *Freud* desenvolvera até uma semiologia para a investigação dos fenômenos inconscientes*. Mas pode-se argumentar que, ao falar em “vida psíquica”, *Jaspers* estivesse se referindo apenas aos fenômenos conscientes. Nesse caso, porém, teria cometido uma TAUTOLOGIA, pois sua sentença soaria assim: *“A Consciência é o todo consciente”*.

Mas há ali outro sério problema conceitual, esse associado ao *“todo momentâneo...”* e a crítica abaixo é inspirada em *BERGSON*. A manutenção da lucidez da consciência implica capacidade de integrar e associar permanentemente (na linha do tempo) os novos estímulos, experiências e situações com o passado mais recente de alguém (mas também dos ambientes,

* 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.

sentimentos e outros). Ou seja, aquilo que chamamos consciência estaria sempre um pouquinho atrasada em relação às experiências atuais, precisando se refazer permanentemente. Ou seja: o tal “momentâneo” simplesmente não existe, pois o tempo não para.

Hoje, muito mais humildes, estamos nos dando conta de que a consciência mais propriamente racional é uma 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. Uma investigação recente da neuropsicologia, que deverá ter consequências arrasadoras sobre todas as escolas muito positivistas e enaltecidas da Razão, demonstrou que cerca de meio segundo antes da **ideia** de realizar um ato qualquer surgir em uma mente, ou seja, de se tornar consciente, registram-se ondas (EEG) 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 os motivos para nossas condutas (“AURORA”), especialmente aquelas das quais nos envergonhamos.

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 sua avaliação intuitiva e somente pela observação (a ser confirmada na investigação), principalmente quando percebemos uma expressão de **perplexidade**, agitação ou sonolência, incapacidade de integrar os acontecimentos à sua volta. Já a investigação mais operacional do nível de consciência é indireta: necessita da investigação da *atenção* e 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 , rápidas e de pequena amplitude. Por fim, quando falamos na consciência como algo em si, valemo-nos de uma força de expressão, uma vez que, em verdade, **o que existe são seres conscientes** e não uma consciência com existência própria e independente.

Podem-se caracterizar, digamos assim, **dois espectros de variação do nível de consciência**: um **fisiológico** e outro **patológico**. No fisiológico verificamos a passagem (quase todos os dias e/ou noites) do extremo da lucidez plena (ritmo BETA no EEG: ondas de alta frequência e baixa amplitude) associado ao máximo estado de alerta e franca atividade mental, até os estágios mais profundos do sono. Ao ritmo **beta** costuma se seguir o **alfa**, a partir do repouso inicial e poucos estímulos (sonolência): ondas de maior amplitude e menor frequência; seguindo-se as diversas fases do sono (I, II, III, IV e REM). Na passagem da lucidez para o sono observamos o estado **hipnagógico**, enquanto o retorno do sono à lucidez gera o estado **hipnopômico**. A lembrança 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 da típica sugestionabilidade, através da indagação por detalhes da possível “visão”: cores, movimentos, forma. Pacientes histriônicos tenderão a exagerar detalhes e apresentar teatralidade.

* “*Pômico*” refere-se a brilho, esplendor (deriva *pompa*): do sono para a luz. Já “*agógico*” se refere às variações de andamento na música grega implicando um “*retardando*”.

A variação patológica da **clareza da consciência** se dá a partir 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, caso sejam estimulados, os pacientes podem dar a impressão fugaz de se reorientar. Caso o problema de origem não seja debelado, a situação tende a se agravar e o paciente entra em um **delirium** franco: total desligamento do em torno e entrega plena às vivências alucinatórias e/ou ilusórias (na maior parte das vezes assustadoras) frequentemente associadas a agitação psicomotora. Antes do **estado de coma** (e eventual morte) o paciente costuma passar por um **torpor** no qual ainda apresenta alguns reflexos.

Demarcando bem esses dois espectros (aqui formulados talvez pela primeira vez) e de maneira a tirar deles o maior proveito teórico-prático, há que delimitar bem e respeitar a **terminologia específica aplicável a cada um deles**. Termos e expressões como **turvação, confusão mental, obnubilação**, por exemplo, devem ser reservados ao espectro patológico. Já os termos **sonolência e sedação** (somente quando leve) devem ser reservados ao espectro fisiológico. Essa especificidade na linguagem pode ser útil na comunicação dos casos mais graves em uma emergência. É bom frisar que esse raciocínio (e sua utilidade na aplicação de uma linguagem mais específica) se aplica somente às fases iniciais dos 2 espectros. Afinal, a elevação progressiva da concentração de álcool, barbitúricos e outras substâncias, também costuma resultar em torpor, coma e morte. Por isso mesmo, uma sedação que não permita a investigação do citado espectro patológico deve ser suficiente para a recusa ao recebimento de um paciente em uma unidade psiquiátrica.

Não é justificada a afirmação habitualmente feita de que o estar lúcido implica estar orientado, como se a desorientação implicasse perda da lucidez. Afinal, ela costuma ser perdida quando somos privados do contato com o mundo

externo. 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 logo perde a orientação, por maiores que sejam os seus esforços.

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, recorrendo a um caso clínico (jan 2019): 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, 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 à sua chegada, apresentou retenção urinária passando rapidamente a um torpor. Foi encaminhado a uma emergência clínica a tempo de tratar a condição original. Minha hipótese é de que **TODO o processo foi de natureza 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 provavelmente os avaliadores iniciais não valorizaram o **início agudo** do quadro, esquecendo-se da REGRA: **nenhuma condição psiquiátrica propriamente dita apresenta-se de forma aguda (entre 24/48hs)**. Sua aparente EXCEÇÃO é o PÂNICO, mas mesmo para esses, é imprescindível distinguir UM taque de pânico (em certas condições específicas: avião e durante exercício extenuante) do Transt. de Pânico propriamente dito, para os quais uma boa investigação costuma apontar alguns pródromos.

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 seus distúrbios pode ter consequências catastróficas. Essa é a

razão pela qual não se deve receber, em uma unidade psiquiátrica, um paciente cujo estado de sedação que 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, 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. 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 (seja ela certa ou apenas referida) 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 sua avaliação. 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.

Observam-se também, nesses casos, **hipervigilância** associada a **distraibilidade** (incapacidade de se concentrar); expressão fisionômica de perplexidade; marcante tendência à piora do estado sempre que há privação sensorial (principalmente à noite); ausência de registro mnêmico, ou registro fragmentário (para os rebaixamentos menos graves) dos acontecimentos do período. É bom lembrar que a perda da capacidade de focar a atenção pode ter associações opostas: nos obnubilados e maníacos ao excesso de vigilância; já nos estados defectivos das esquizofrenias residuais, por quase absoluta indiferença.

ESTREITAMENTO E DISSOCIAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

"sou dois em um. Os homens não apenas existem no plural...trazem consigo a indicação dessa pluralidade" (H. Arendt, "A Promessa da Política")

Se a **obnubilação da consciência** implica perda de clareza (turvação), um **estreitamento da consciência**, como o nome sugere, está associado à **diminuição do seu campo** o que não é tão fácil de caracterizar. Vários autores classificam como estreitamento da consciência os assim chamados **estados crepusculares**. Não me parece razoável, pois estes envolvem conduta automática, podendo cursar com agitação e NÃO deixar registro mnêmico para o período. Efetivamente, o que existe, nesses casos, é **uma total perda da consciência, não acompanhada da perda de tônus e da atividade muscular**. Para ilustrar o quanto a expressão: "estado crepuscular" é inadequada, vejam sua definição por autor bastante respeitado: "*...Estado patológico transitório no qual uma obnubilação da consciência (!)...é acompanhada de relativa conservação da atividade motora coordenada. Há, portanto, estreitamento transitório do campo da consciência... Caracteriza-se por surgir e desaparecer de forma abrupta...Associados à epilepsia...intoxicações por álcool...após TCE... quadros dissociativos histéricos...e choques emocionais...*" (Dalgalarrondo). Como podemos ver, e para ilustrar o quanto é necessária uma especificação maior para os conceitos aplicados nesse capítulo, quase todos foram ali utilizados em uma única definição. A avaliação do resultado fica por conta de cada um.

Muito mais razoável parece ser estudar essas manifestações---do ponto de vista da psicopatologia---entre as **condutas automáticas** (movimentos dos lábios, de mastigação, vocalização, gestos manuais repetitivos, uso de palavras sem sentido). São típicas das assim chamadas **crises parciais complexas (CPC)** associadas às epilepsias do lobo temporal. Sua distinção para com os episódios

dissociativos é da maior importância e misturá-las sob a mesma denominação só dificulta as coisas. Há que tentar evitar também o viés da sua própria especialidade (neurologistas por um lado e psiquiatras/psicólogos por outro): muitos quadros diagnosticados como CPC são, em verdade, dissociativos e vice-versa. Não mais aceitar termos e expressões que “soam bem”, mas não dizem absolutamente nada. Além disso, que associação foi essa com o crepúsculo? Caso se refira à luz decrescente, não teria qualquer relação com **campo da consciência**, mas com sua **perda de clareza**.

Voltando ao **estreitamento da consciência** propriamente dito, a **amnésia psicogênica** seria a condição prototípica para sua definição, implicando: *restrição não intencional à integração de fatos (e sentimentos associados) que tiveram importância considerável e não foram simplesmente esquecidos: jazem em algum lugar da mente, nela atuando intensamente, apesar do paciente disso não se dar conta.*

De aplicação bem mais ampla é a expressão **dissociação da consciência**, pois define bem o que se passa com as demais condições desse capítulo: uma divisão da consciência. Afinal, o prefixo “DI” significa “dois”: **dicotomia** (dividir em dois); **digladiar** (lutar a dois); **dilema** (escolha extrema entre dois polos), e assim por diante. Nesse sentido, os exemplos mais típicos da **dissociação** se dariam nas **personalidades alternantes**, mas também nos **trances mediúnicos** e **hipnóticos**. Há que assinalar: apesar do transe, a personalidade original (apesar da perda da proeminência) continua exercendo limites na expressão e obediência a comandos. Que outra origem poderia ter a feliz expressão: “**estado segundo**”, aplicada aos trances mediúnicos (mas também às hipnoses) senão essa divisão do EU?

A maior dificuldade, agora, passa a ser associar os dois conceitos (estreitamento e dissociação) em um todo único e também compreender os

mecanismos pelos quais um evolui para o outro. Um caso clínico haverá de ser muito útil nessa compreensão. Na **amnésia psicogênica** são esquecidos apenas fatos ligados a **um** acontecimento muito traumático e os eventos a ele relacionados. Uma jovem, cuja irmã faleceu em circunstâncias não muito claras logo depois de chegar à Espanha---era uma bailarina de cabaré---simplesmente se esqueceu de tudo o que se referia à viagem, de cujos preparativos havia participado ativamente. Outros registros do período, não relacionados ao fato, estavam mantidos. Com o passar dos dias, e como não respondesse bem às intervenções tentadas, passou a agir como criança, sentar-se no chão do quarto, brincar e conversar (com fala em **pedolalia**) como se a irmã ali estivesse. Ou seja: no início tratava-se “apenas” de uma **amnésia psicogênica** (estreitamento) que evoluiu para uma **dissociação** plena da consciência.

A tese que unifica os dois conceitos é: na medida em que a consciência original vai se estreitando, também submerge mais ou menos lentamente, enquanto outra vai assumindo seu lugar. Julgo não precisar repetir o conceito já bem estabelecido da DIVISÃO natural do Eu; da existência de um EU DUAL confirmada até por investigações neurológicas. Desde as primeiras secções do corpo caloso (no tratamento de epilepsias refratárias, 1981, por R. Sperry) as diferentes funções associadas aos dois hemisférios estão já bem conhecidas. Até por isso, a **dissociação** é uma possibilidade constante e para qualquer pessoa: “*Se essa conexão (entre os dois hemisférios) é cortada, o cérebro direito fica livre da ditadura do esquerdo. Talvez o cérebro direito tenha vontade própria, contrariando os desejos do esquerdo...pode haver duas vontades agindo no mesmo crânio, às vezes brigando pelo controle. Isso pode criar a estranha situação em que a mão esquerda (controlada pelo HD) começa a agir de forma independente...como se fosse um apêndice externo* (“O FUTURO DA MENTE”).

Há que evitar, porém, associações excessivamente diretas e “localizacionistas”, como julgar que o h. direito seria a “sede do ID” por exemplo. Tudo aqui há de ser bem mais dinâmico. A própria concepção de um aparelho psíquico precisaria ser revista, especialmente a freudiana, embora alguns de seus conceitos possam ser reforçados; quem sabe recebendo bases até mesmo neurológicas? Em abordagem mais nietzschiana, porém, diria: a RAZÃO nada mais seria do que uma espécie de “concessão” (uma “casquinha de ovo”) dada por estruturas mais profundas; podendo ser “cassada” a qualquer momento diante de fracassos extremos: *“A dualidade da arte é consequência fatal da dualidade do homem”* (C Baudelaire “O Pintor da Vida Moderna”)

Nas **fugas dissociativas** há a adoção de uma nova personalidade, sem que a pessoa consiga se lembrar da anterior (embora os registros estejam lá e atuando permanentemente). A pessoa pode ser encontrada vivendo em outra cidade, com nova identidade e família, sem que esteja fugindo intencionalmente de algo. São muito raras e nunca examinei um caso do tipo. Há também um **segundo tipo** de fuga dissociativa bem mais simples e frequente: pessoas que não conseguem se lembrar de como se dirigiram e chegaram a algum lugar, seja ele conhecido ou não. São acontecimentos muito propícios ao desenvolvimento de crenças do tipo “abdução por discos voadores e seres extraterrestres” (associados à sugestionabilidade). A **fuga psicogênica** implica amnésia, mas também um deslocamento no espaço, até para a justificação do termo e sua distinção mais demarcada para com as amnésias.

Há ainda as **personalidades alternantes**, nas quais uma mesma pessoa desenvolve (sem intenção consciente) 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 tem características opostas: ser “fatal”, exuberante e sensual. A segunda costuma se lembrar da primeira, mas esta não da segunda. Não se deve dar crédito a relatos de várias personalidades em somente uma pessoa. Certamente são criações iatrogênicas fruto de intervenções não muito sérias. O surgimento de traços tão opostos em uma mesma pessoa deve ser entendido como uma resposta da natureza à necessidade incoercível de se expressar---apesar de todas as amarras moralistas de certas sociedades---especialmente no que se refere à sensualidade. 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*.

Uma **dissociação** bem mais frequente é a **despersonalização**, caracterizada pela típica “*perda da plenitude da experiência*” (MAYER-GROSS). A pessoa segue agindo e registrando as experiências, mas tem a estranha impressão de que age como se fosse um “robot”; sem comando pleno sobre seus atos. A **desrealização** é definida pela estranheza em relação ao ambiente percebido e familiar. Trata-se de apenas uma variante da despersonalização. Não há aqui uma dissociação plena, apenas como que um “esvaziamento” da consciência original. São muito associadas aos quadros de ansiedade extrema (típica dos ataques de pânico), mas podem ser confundidas com manifestações iniciais da esquizofrenia. No início da minha prática, suspeitei de que um paciente jovem, com essa manifestação, estivesse apresentando

* 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), 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 daquela para com a sua conduta habitual.

pródromos para a esquizofrenia, quando, na verdade, sofria de ataques de pânico (ainda não bem descritos à época). O paciente piorou muito com *antipsicóticos*.

Nas assim chamadas **pseudodemências de Ganser** (“psicose dos encarcerados”) verificam-se, além de conduta extremamente infantilizada, déficits cognitivos e erros sistemáticos em resposta às mais simples questões: “*2+2 é igual a 5*” ou “*uma vaca tem cinco patas*”. Como surgem frequentemente em encarcerados, não são meramente simuladas e funcionam como uma forma de “escape” de uma situação sentida como insuportável, devem ser classificadas entre os transtornos dissociativos*. Por fim, há dissociações que cursam com **dromomania**: andar sem parar e sem um fim claro e **frangofilia** (deriva de *frangere*: fazer em pedaços, restando no português apenas os derivados “frangalhos” e o prosaico frango): rasgar a própria roupa e quebrar objetos. Existem ainda grandes crises dissociativas associadas a verdadeiras **pantomimas históricas** com evidente conteúdo erótico: reprodução de gestual típico do ato sexual e do orgasmo, por exemplo.

Durante muitos anos, utilizamo-nos mecanicamente da expressão “*síndrome conversivo/dissociativa*” somente porque esses pacientes apresentavam sinais e sintomas dos dois tipos. Do ponto de vista teórico, porém, restava a impressão de que o problema estava longe de ser resolvido. Recentemente, dei-me conta de que, nas manifestações conversivas---perda da sensibilidade e/ou motricidade de um membro, por exemplo---há um tipo diferente de **estreitamento da consciência**: em relação à **consciência corporal**; **perda de contato de uma pessoa com um segmento do seu próprio corpo**. Há, certamente, um “*campo da consciência corporal*”. O mesmo se pode dizer em

* Conforme verão em outro capítulo, assim também comecei a classificar as MITOMANIAS.

relação ao prejuízo de natureza psicogênica do funcionamento dos órgãos dos sentidos, como a cegueira, a afasia e a surdez conversivas*.

Se, diante de uma turvação da consciência, devemos procurar por uma etiologia orgânica, para o estreitamento é obrigatória a procura por uma origem psicogênica o que 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*. 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. Certamente haveremos de caracterizar algumas modificações no funcionamento do cérebro dos pacientes histéricos e outros, mas isso em nada modificará o conceito assinalado, uma vez que as relações interpessoais podem influenciar não somente o metabolismo cerebral como também o seu desenvolvimento. A eliminação da psicogênese e do papel da **sugestão** nos atira de volta ao perigoso e falso dilema criado pela ignorância “positivista” dos neurologistas do século XIX: *doença orgânica x simulação* (quando não se conseguia caracterizar a primeira, a outra era obrigatória) desmoralizado por *Charcot*. Como explicariam, por exemplo, o desaparecimento de certos sintomas durante um transe hipnótico, ou mesmo mediúnico? Seriam essas pessoas nada mais do que simuladores? Quem sabe

* Também as muito mal denominadas “alucinações negativas” se associam a um tipo de estreitamento de campo: visual e de consciência. O paciente não vê uma pessoa (em geral muito importante na sua história) que se encontra no seu campo de visão, referindo-se a ela como se não estivesse lá.

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 de resultados. Pois bem, o que vem a ser o “efeito placebo” senão uma expressão do poder da mente para “produzir” ou “eliminar” sintomas?

Ouvi de um colega que somente acreditaria na veracidade de uma **paralisia histérica** caso ela perdurasse em situação de risco de morte, como em um prédio em chamas ou no caso do paciente estar abandonado em um deserto. Trata-se de raciocínio completamente equivocado. Primeiro, porque não considera que, em situações do gênero, a mente (até mesmo de pessoas ditas normais) tende a 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. Com isso ficou resolvida minha incompreensão de situação ocorrida com uma das primeiras históricas que atendi 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,

* Baseado na observação da ação do ímã 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*”.

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.

Do fato das novas classificações tenderem ao desconhecimento do termo “**histeria**” muitos concluíram pela sua inexistência. Esquecem-se de que os *DSMs* tiveram como um dos seus pilares (a partir da sua terceira edição) ser o mais “*ateorético*” possível. Por isso, passaram a aplicar uma linguagem aceita por todos: baseada na **sintomatologia predominante em cada caso**. Essa foi, diga-se de passagem, uma excelente iniciativa, pois as classificações tinham passado a funcionar como “*menús*”, de forma a “agradar” a todos os gostos, perdendo utilidade. Sem respeitar esse princípio, como comparar, por exemplo, a incidência dos diversos transtornos em regiões diferentes e a partir de concepções teóricas muito particulares? 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 costuma ocorrer aquilo que pode ser denominado “*hiperestesia visceral*”. Quando isso se verifica, passam a ser incluídos entre os **transtornos somatoformes** (DSMIII). Suas queixas mais frequentes são: algias em geral, 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 possa 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, o conceito de “**transtorno psicossomático**” precisa ser revisto, pois abarcaria aquelas manifestações e continua sendo considerado útil por alguns.

Esse raciocínio pode resolver completamente o problema da classificação ou desmistificação das assim chamadas **fibromialgias**. A rigor, sua descrição não convence e sua denominação é meramente descritiva de algo que já fora bem caracterizado: “dores nas fibras musculares”. Aqueles que andam girando em torno desse termo precisam, com urgência, apresentar correlatos orgânicos específicos para a condição de maneira a justificar sua existência. Caso contrário, há de se tratar apenas da velha **somatização**: expressão de conflitos psíquicos sobre as fibras musculares, segundo algumas teorias reconhecidas.

Nossos livros de Psicopatologia têm deixado de lado a semiologia necessária à boa caracterização das somatizações. E é exatamente aqui que uma avaliação insuficiente ou mal orientada pode resultar nas piores consequências. Já examinei um paciente cuja cefaléia, diplopia e outras manifestações tinham sido tratadas como somatização para, em uma posterior avaliação, ser constatada 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-** no exame aplicado (muito provável, dada a precipitação do diagnóstico); **2-** pelo surgimento de algo desconhecido dos avaliadores. É bem verdade que a melhor conduta, como já dito, é sempre partir da investigação da hipótese cuja confirmação estaria associada às piores consequências (segundo a tese de que acertar na clínica é caminhar entre 2 erros, tentando ficar mais distante daquele de piores consequências) . Feito isso, e não tendo sido encontrada qualquer condição orgânica associada, há que procurar por **traços de comportamento e características típicas** desses pacientes. 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.

2-Sugestionabilidade- incorporação nas próprias queixas de tudo o que se passa (com outros pacientes e/ou informações obtidas) à sua volta de parecido com a sua sintomatologia inicial. Durante a avaliação, podemos sugerir migração de dores e outras manifestações.

3-Conduita sedutora- é 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, eventuais erros e suas consequências mais graves serão pouco frequentes. Para complicar todo o raciocínio, os pacientes com os traços assinalados não estão proibidos de apresentar alguma doença grave. Nesse caso, entretanto---e aqui vai uma impressão, uma vez que não foi investigada--- imagino que sua tendência seria a de sintonizar com a gravidade do problema,

deixando um tanto de lado as condutas assinaladas. O pairar da morte costuma mudar muito as expressões. Fica o registro para possíveis e futuras investigações.

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 subdivisão entre **alopsíquica**, referente basicamente ao tempo e ao espaço (local em que a pessoa se encontra e reconhecimento de 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 residuais das esquizofrenias, mas pode aparecer também em episódios depressivos de longa duração, e em síndromes apato-abúlicas de origem orgânica.

As **desorientações delirantes** são pouco frequentes, 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 pela 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 ser filho 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 impossibilidade de reter as informações recentes, tende a se desorientar continuamente, apesar dos seus esforços.

A **desorientação confusional** é consequência direta da obnubilacão da consciência ou *delirium* os quais sempre se associam a um prejuízo difuso no funcionamento do SNC. Embora a desorientação, nesses casos, seja associada também ao prejuízo mnêmico, não é uma mera variação da desorientação mnéstica, uma vez que cursa com grande desorganização de conduta e frequente agitação psicomotora. Outra associação muito comum é com vivências ilusórias e alucinatórias assustadoras.

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) foi 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 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 (em geral associada à hipervigilância) dizemos haver uma **distraibilidade**, muito frequente em episódios **maníacos**, nos **transtornos por déficit de atenção**, nos episódios de obnubilação e outros.

Já a boa **vigilância** é associada à **capacidade 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 a execução de tarefas, exigem que apliquemos---na maior parte das vezes inconscientemente---uma espécie de filtro a esses estímulos, principalmente quando 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 ou um pedido de socorro. 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 funções sem que se prejudiquem mutuamente. É o que se exige de um regente de orquestra, por exemplo. Espera-se que, no curso das execuções e dos ensaios, o regente, a um tempo, mantenha concentração elevada sobre a intenção musical, mas que também consiga rapidamente identificar as falhas individuais. 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**, tudo indica haver mesmo hipertenacidade. É possível até mensurar seu esforço mental em atividades associadas ao seu “desligamento” do meio, como o controle

* 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.

da posição de objetos. Por outro lado, suas reações a pequenas mudanças no meio ambiente abalam a impressão de haver ali hipovigilância. Estou convencido de que a aplicação da Psicopatologia em psiquiatria infantil não pode ser direta, necessitando da revisão de muitos conceitos.

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.

Prefiro aqui também classificar a **latência de resposta aumentada** observada com frequência entre pacientes esquizofrênicos. As perguntas ficam como que reverberando na mente, até o paciente finalmente consegue com elas atinar. Parece ser manifestação cardinal para aquela condição e resultaria de deficiência importante na ativação da porção dorso lateral do lobo pré-frontal, implicando perda de flexibilidade nas respostas.

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 (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 inspirados nas “fases” usadas para gerar correntes elétricas alternadas e desconhecer seu significado: sempre associado a um movimento circular de uma circunferência dividida em gomos. Afinal, as mudanças de foco da atenção não ficam girando, mas avançam dependendo das mudanças do meio. Além disso, dizer “estou em uma boa fase” implica antecipar uma queda logo ali adiante.

De qualquer forma, aqueles mesmos pesquisadores desenvolveram alguns novos conceitos 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 e mantendo bom desempenho. Diferentemente da **distraibilidade**, 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 é 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**, quase sempre associada a uma PERDA DA AUTONOMIA DO EU, é bom lembrar. Há, sem dúvida, uma superposição desse item em relação à orientação autopsíquica, mas pensamos que se justifica tratar do tema separadamente. 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. No conto “O Espelho” (M. de Assis) o EU é apresentado como DUAL: um olha de dentro para fora (advogando aquilo que considero meus interesses) e outro de fora para dentro (consciência moral e defesa dos interesses das pessoas amadas). 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, com frequência 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 um EU isolado ser uma ficção (Nietzsche em AURORA), há, sim, o funcionamento (mais ou menos harmônico) de um EU individual. Mas não é a RAZÃO que lhe confere essa unidade, como veremos adiante.

No que se refere ao quando aplicar as expressões: **desorientação auto-psíquica** ou **distúrbio da identidade do eu**, diríamos que foi consagrada a prática de aplicar a primeira aos quadros nos quais se suspeita de uma condição orgânica de origem identificável. Assim, um paciente iniciando um processo demencial, por exemplo, 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 que a levaram a apresentar até mesmo aquilo que ficou conhecido por “**sinal do espelho**” (auto-observação continuada, aparentemente com o objetivo de verificar visualmente as sensações de transformação corporal). Sensações e sentimentos de estranheza são muito frequentes no início das esquizofrenias e é justificável a suspeita de que se associam a alterações no que poderíamos chamar uma “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.

Dos 4 atributos assinalados, é bom frisar: enquanto os distúrbios nos dois primeiros (**unidade e identidade do Eu**) somente tendem a aparecer nos estados defectivos, associados a uma grave e irreversível desestruturação do Eu e da vida social de uma pessoa, os últimos (**oposição e atividade do Eu**) costumam se apresentar até mesmo como **pródromos** das esquizofrenias. Por isso mesmo, esses últimos estão na base e origem dos SINTOMAS DE PRIMEIRA ORDEM de K. Schneider, como veremos a seguir.

Não me parece razoável 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; implicando somente um distúrbio “funcional” em um Eu DUAL (conforme assinalado anteriormente). Continuando na metáfora, na perda da AUTONOMIA DO EU o distúrbio seria com que “estrutural” (na estrutura do Eu). 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, enquanto os sintomas dessa esfera são marcados pela **passividade**. Por isso, diante da pergunta quanto a se um paciente que imagina poder, ele mesmo, controlar a conduta dos demais somente através do seu próprio pensamento, teria prejuízo na ATIVIDADE ou OPOSIÇÃO, diria: em princípio a OPOSIÇÃO, mas pode se tratar apenas de um distúrbio do JUÍZO, uma ideia delirante com matiz de grandeza e poder. Afinal, ele não estaria **sofrendo** uma ação de controle sobre sua conduta, mas tendo a certeza (pensamento) de sua própria ação sobre os demais.

OS SINTOMAS DE PRIMEIRA ORDEM (K. SCHNEIDER)

O interesse e a aplicação desse grupo de sintomas para identificação precoce das esquizofrenias continua inalterado através dos tempos. A correspondência entre sua identificação, a hipótese inicial e a VALIDAÇÃO posterior daquele diagnóstico é muito significativa, superando 70% em alguns estudos (Sheperd, M). Muitos, entretanto, têm assinalado que sua identificação entre os transt. dissociativos pode ser maior do que entre as esquizofrenias (Spiegel, D). Estou convencido de que isso se deveu ao despreparo na aplicação de uma boa semiologia, especialmente por parte das mentes positivistas que pululam na psiquiatria dita moderna; aquelas que se restringem às referências verbais dos pacientes e são incapazes de perceber aspectos mais subjetivos de sua conduta e expressão. Por isso, não conseguem perceber e explorar semiologicamente certos traços como: **teatralidade, sugestionabilidade e o uso dos próprios sintomas como instrumento de controle sobre o meio e a situação**; todos muito típicos desses pacientes e quase ausentes entre esquizofrênicos. Estou certo de que, a

partir de uma boa investigação, os sintomas de K. Schneider apresentariam uma correspondência ainda maior para as esquizofrenias, como veremos adiante. Reparar que o próprio Schneider teve o cuidado de não estabelecer qualquer relação (de início, pelo menos) entre esses sintomas a *“uma teoria sobre as esquizofrenias”*. Seu valor deveria se restringir ao diagnóstico. A lista original é: **sonorização dos próprios pensamentos; vozes que dialogam entre si; vozes que acompanham com comentários os próprios atos; vivências de influência corporal; roubo do pensamento e outras influências no pensamento: publicação, inserção; percepção delirante** (em verdade **apercepção** como veremos adiante).

Como podemos ver, quase todas as manifestações acima sugerem uma **CISÃO do EU** (lembrar do significado do prefixo *“esquizo”*) ou mesmo sua **DESINTEGRAÇÃO**, sempre associadas à típica passividade. Mesmo quando Schneider fala das alucinações (com seu risco enorme de inespecificidade) há que perceber ali os mesmos traços fundamentais já apontados: as listadas não são quaisquer alucinações, mas aquelas que cursam com a passividade assinalada: a pessoa sendo tratada como um **objeto**, não mais como o **sujeito da ação** ou pensamento. Apesar de seu cuidado em não propor uma *“estrutura comum a todos esses sintomas”*, logo a seguir assinala ser *“comum a todos uma permeabilidade nos limites ‘Eu-mundo’ e a “perda dos contornos do Eu”*.

É bom reparar ainda: toda referência à **validação** de uma hipótese diagnóstica (inicial) implica reavaliação posterior (tempo variável) dos casos para encontrar correspondências ou não com a hipótese inicial. No caso das esquizofrenias, segundo critérios aplicados no curso deste livro (inspirados na DSM III), a validação desse diagnóstico se daria principalmente diante de importante **prejuízo social**, determinado---na maioria das vezes e em termos psicopatológicos---por importante **deterioração afetivo-volitiva, desorganização do pensamento e da conduta em geral**. Estaríamos mesmo

diante de um **prejuízo estrutural** (e vou ousar não usar aspas) **do EU**, enquanto os transt. dissociativos cursariam "apenas" com **distúrbios funcionais**: nada mais do que transições de predominância na relação entre os dois hemisférios; um esforço de preservação de um Eu diante de ameaças (externas e internas) sentidas como muito ameaçadoras.

Em 2011, em artigo muito extenso e até repetitivo (Spiegel, D), uma Comissão sugeriu as bases para a classificação dos T. Dissociativos naquele que seria o futuro DSM 5. Todas as vertentes possíveis de investigação e análise foram ali aplicadas: neurobiológicas, antropológicas e outras. Até uma definição---boa, por sinal, apesar da palavra "normal"---foi ali proposta: *"ruptura ou descontinuidade na integração subjetiva normal de um ou mais aspectos do funcionamento psicológico"*. Foi reconhecida também sua associação com eventos traumáticos: *"são primariamente relacionadas a eventos traumáticos ou experiências avassaladoras ("overwhelming")"*. Muito significativamente, porém, hipóteses para os "mecanismos" (forçando o termo) ou a "fisiopatologia" (mais ainda) implicada no processo: como todo ele se daria, NÃO foram ali tentadas ou citadas. Alguns achados de **funcionamento** anômalo ou peculiar em certas estruturas foram também assinalados, mas uma **hipótese teórica**, que tentasse abranger as manifestações em um todo único, nem de leve foi aventada. Aceitem os colegas ou não, a formulação aqui proposta parece ser um passo para o entendimento da condição estudada, além de resolver o problema da "mistura" (à maneira do azeite com a água: sempre fracassada), que se costuma tentar entre os transt. dissociativos e os distúrbios da consciência do Eu. É de estranhar, aliás, que não se tenham feito associações entre a relativa independência entre os dois hemisférios (observação direta e objetiva) e a dualidade intrínseca do EU.

V- A FALA E SEUS DISTÚRBIOS

A quase totalidade dos autores da área associa esse capítulo também à **Linguagem** (FALA E LINGUAGEM) gerando a impressão de que seus conceitos são interdependentes ou intercambiáveis. É um erro. A linguagem abrange diversos códigos simbólicos possíveis de comunicação entre membros de uma comunidade qualquer: de escrita, gestuais, musicais, matemáticos e outros. Ou seja: há inúmeras linguagens, inclusive entre os animais gregários, seja por sons ou gestos. A fala é apenas uma delas: a mais recente, a mais frágil e a mais facilmente falseável (Nietzsche).

Na avaliação da fala, que deve ser tratada como fruto de **emissão sonora**, há que avaliar:

- 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 **estereotipias de movimento labial**. 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 o que conhecemos por “língua pastosa”. **Tremores** também podem afetar a articulação dos sons. Nas demências, é muito comum o surgimento 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 de antipsicóticos) quase sempre provocam distúrbios na articulação dos sons e também 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 (ou letra) fria

é a escrita muito repetida pelo conhecido “Profeta Gentileza”: “AMORRRR”. Afinal, todos reconhecem nesses múltiplos RRs uma metáfora do rosnado nada amistoso. As esquizofrenias residuais costumam cursar com **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. É bom lembrar que aplico esse termo somente para as situações ligadas a **artifícios e exageros intencionais na comunicação** e não às síndromes maníacas, 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, nesses casos: **volume aumentado, logorréia** (falar muito e de maneira incontrolável) e **taquilalia** (falar de maneira excessivamente rápida, até a “pressão da fala”, como se houvesse um êmbolo obrigando o paciente a falar sem parar). Todas essas características são associadas àquele desgaste. Até intuitivamente, esse dado era utilizado na avaliação diagnóstica por todos nós. 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 descontrole da musculatura da fonação.

Outro tipo de afasia, decorrente de lesões nas áreas de **compreensão da fala** (região póstero-superior do lobo temporal esquerdo, ou de *Wernicke*) foi denominada muito erradamente como “**sensorial**”. A oposição automática feita entre “**motora ‘vs’ sensorial**” foi simplesmente desastrosa. Que a linguagem

popular se refira, por exemplo 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 para sua justificação: em oposição à outra, o paciente pode falar mais continuamente. 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 pelo povo. 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 desconhecida: **glossolalia**. Examinei também pacientes em **estados dissociativos** que falavam uma “língua” completamente diferente das mais conhecidas. Também nos **transes mediúnicos** é frequente uma fala do gênero, sem implicar (por definição) qualquer transtorno. A ausência total da fala (não voluntária*) 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*., mas também em maníacos e esquizofrênicos. A **jargonofazia**, ou **salada de palavras**, talvez

*Se voluntária, pode não se dever a transtorno propriamente, mas a atitude de oposição durante grave crise de valores. É o tema principal do “**PERSONA**” de I. Bergman.

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 os 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, 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; ainda assim com limitações diversas. Em relação ao dos outros apenas inferimos o pensamento que teria gerado a linguagem que o expressou.

A capacidade de definir e conceituar permite à razão como que “tomar posse” da natureza que a rodeia, pois não mais precisa da presença constante dos objetos concretos para exercer sua atividade. Com isso, podemos antecipar problemas e procurar sua solução. Considera-se hoje, que os animais mais desenvolvidos produzem rudimentos de pensamento, os quais, porém, não ultrapassam o concreto e a ele estão como que 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, entrecocar 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 caso não fuja, 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 a capacidade de desenvolver conceitos, representações (visuais, sonoras, etc.) e associações 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, conseqüências, conclusões, juízos, etc. sem que a pessoa consiga reproduzir, de forma consciente, todas as etapas do processo pelo qual sua mente teria chegado 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, ainda que pelo recurso do escape.

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. Por outro lado, considero um erro falar em pensamento como dependente da Razão. Isso implicaria aceitar a origem desta a partir de algum “ente superior” (pelo qual teríamos sido feitos “à imagem e semelhança”) e não como um resultado da EVOLUÇÃO na própria natureza. Disso, desse nosso longo percurso individual (a ontogênese repete a filogênese: cada um de nós reproduz os passos da espécie até aqui) podemos deduzir: na base de todo funcionamento mental 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, que usamos para julgar conteúdos, é sempre associada historicamente à FORMA: não produz conteúdos, apenas discute relações entre juízos e/ou formulações. Por isso mesmo é chamada “lógica formal”. Na psicopatologia, entretanto, a lógica é uma referência para o item que avalia os CONTEÚDOS. É através da sua aplicação que classificamos como delirantes muitos dos juízos falsos com que trabalhamos. Assim, os transtornos do pensamento/linguagem podem ser classificados:

QUANTO AO CURSO– Nesse item deve ser avaliado: se a pessoa dá início espontaneamente à expressão de pensamentos; em que **velocidade** isso se dá; se a exposição 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 (certamente refletindo o que se passa com o pensamento) se dá como que obedecendo a um êmbolo pressionado permanentemente.

O 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, acontecer 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 implica perda na 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*”; “*deu um branco*”, etc. 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 social 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 ideia 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**). Outra tendo pedido uma bala, imediatamente emendou: “*Você gosta de ir à balada?*”.

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 ideias** pode ser também entendida como uma consequência natural do aumento exagerado da velocidade de expressão do pensamento e 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 razoáveis, 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. Segundo ele, a **desagregação do pensamento** não corresponderia a uma mera perturbação (ou incapacidade) no processo associativo dos pacientes, como faz pensar toda 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 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”.

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). Trata-se de um traço permanente, atingindo outras esferas do seu funcionamento mental. Por isso mesmo e ampliando a discussão para outras esferas da expressão, quando identifico algum esforço de controle, manipulação ou influência sobre meio duvido de imediato do diagnóstico de esquizofrenia, **por mais bizarras que possam parecer a conduta e a fala de um paciente**. 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 se denomina “fuga de ideias”); **circunstancialidade**: na qual a 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, expressão de **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 ideia.

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 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 no momento. Por fim, quando se verifica a emissão de um amontoado de fragmentos de idéias, dizemos estar diante de um **pensamento embolismático** (*Jaspers*).

O assim denominado **eco do pensamento** (sonorização do pensamento como ele mesmo o denominou) foi muito valorizado por *K.Schneider* para o diagnóstico das esquizofrenias e 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. Talvez por isso mesmo, não o confunda com o que ouve realmente a partir do meio circundante. Pode se associar a distúrbios da FORMA, por associações estranhas; ao CURSO, por interrupção da comunicação e/ou do conteúdo pelas interpretações associadas ao fenômeno.

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*” (apenas descritivo e não associado à gênese das manifestações) 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 ideia)

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, em uma “língua desconhecida”) quando ocorre em esquizofrênicos (sic): “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 esses 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

* 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.

exclusivamente psicopatológica pode ser insuficiente para a feitura de um 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?”*, parece-nos um bom exemplo para uma **pararresposta**, ou, literalmente, uma *“resposta ao lado”*. Embora alguns possam ter aqui identificado uma resposta **disparatada**, (sem qualquer relação com o perguntado) há relação entre as duas sentenças: o fato de uma mulher trabalhar como doméstica, mas não morar 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*” expressava sua incapacidade para o esforço necessário à organização do que tentava comunicar.

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...*”.

Por fim, é sempre bom lembrar que, por mais esquizofreniforme que seja uma sintomatologia, há que observar os CRITÉRIOS do DSMIII para firmar um diagnóstico: **A-** Sintomatologia; **B-** Prejuízo social importante; **C-** Duração (mais de 6 meses); **D-** Ausência de etiologia orgânica propriamente dita; **E-** nível de desempenho (para futura comparação). Assim serão evitados muitos diagnósticos “falso positivos”; aqueles que destroem qualquer pesquisa clínica.

A **Prolixidade** e a **Perseveração** são, muito frequentemente, 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 psicopatologia propriamente. 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. Hoje, entretanto, sabemos não haver nada de específico nessa relação. São típicas dos **Síndromes Orgânicas da Personalidade** (DSM III), em geral.

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 em que o paciente se encontra. 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 a 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

incapacidade de acompanhar uma conversa. A flutuação típica do discurso de pessoas saudáveis não lhes é mais possível compartilhar. Dessa forma, permanecem eles em um tema sobre o qual têm controle. Isso lhes confere alguma confiança e poder. Suas reações de ansiedade, agitação e mal-estar extremos, 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.

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. Essa inversão do sentido da influência (do teste para clínica e não o inverso) empobreceu em muito a semiologia associada à manifestação. É esperada a aplicação de instrumentos mais sutis na identificação de sinais e sintomas.

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

* 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.

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, abriu 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 eventuais **simulações** e também para **jocosidade** e ironia intencional, na hora de atribuir peso ao dado. É sempre bom assinalar que essa impressão, quanto a se tratar de deboche ou simulação, há de ser 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.

* Existem casos nos quais uma atividade delirante primária é 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.

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 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 exato momento, embarcariam em um astro que passava próximo à Terra. 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” (em alguns casos até a morte) que atingiram cidades inteiras na França e Itália. Estavam todas associadas à sugestionabilidade e à capacidade humana de produzir estados “hipnoides” ou “segundos”. 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 entorno 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.

Não existe uma boa expressão genérica para indicar as variações mais extremas do conteúdo do pensamento. Falar da presença de “juízos falsos”, por exemplo, não funciona, uma vez que eles são a regra no nosso funcionamento mental, não implicando qualquer transtorno*. Os **Delírios** são as manifestações mais importantes deste capítulo e a sua definição atribuída a **K. Jaspers** – “*Juízos patologicamente falsos... 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 frequentemente enganador. Examinei uma paciente jovem, considerada psicótica somente por se dizer condessa. Posteriormente, foi verificado que a mesma era de origem italiana, e que faria jus àquele título. 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 própria exposição) como: *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 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 consequência natural dessa constatação é a eliminação do risco de nos perdemos tentando convencer o

* Já para os transtornos da Sensopercepção, a expressão “**falsas percepções**” cumpre muito bem essa função: evita precipitação, organiza o raciocínio e já caracteriza algo que foge muito aos fenômenos corriqueiros, sem implicar ainda qualquer patologia.

paciente da inadequação de suas ideias. 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, com bons resultados. Para os que não se sentem 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 “tentar agradar” um paciente, “concordando” com o que ele afirma, para “conquistar a sua confiança”. O resultado da 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 um péssimo ator.

Como se deve, então, agir diante de uma pergunta direta do paciente quanto ao que pensamos do que 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 que não avançamos nada girando em torno de um delírio. No período da sua caracterização, porém, e até mesmo para testar sua **inamovibilidade**, é útil submeter o paciente a certos testes de lógica.

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 ideias

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 é 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 visou criar um campo para a atuação da ciência independentemente da filosofia. Parecem muito mais um “acordo” (espécie de “CNTP”, também inexistentes, pois tudo está oscilando, inclusive a temperatura e a pressão) 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.

As manifestações clínicas na esfera do juízo são assim classificadas:

IDEIAS SOBREVALORADAS (ou sobrevalentes)- Trata-se de um capítulo que precisa ser mais valorizado e expandido nos livros de PSICOPATOLOGIA. As abordagens equivocadas de dois dos grandes autores da área, Jaspers e N. de Mello, segundo os quais seriam apenas ideias às quais as pessoas dariam muito valor---inclusive no sentido de uma dedicação extremada e positiva---fez muito mal ao conceito, tornando-o mera curiosidade. Afinal, para que uma manifestação qualquer caiba em uma **súmula psicopatológica**, é

imprescindível que seja acompanhada de **prejuízo marcante**. Caso contrário, todos os amores seriam assim classificados.

Implicam uma ideia (ou grupo, todas ligadas a uma ideia principal) que polariza a função mental de alguém, levando a um importante prejuízo. O protagonista do “**O Pagador de Promessas**” (“*Zé do Burro*”) é um exemplo de como podem destruir uma vida. Vimos também um paciente que se apegou à **querelância** para com um órgão do governo a ponto de fazer paralisar sua própria vida. Também as preocupações permanentes quanto a estar sofrendo de doenças (**ideias hipocondríacas**) devem ser aqui classificadas, assim como as crenças de apresentar algum defeito físico em torno do qual uma vida se desenrola (**dismorfofobia**) ou paralisa. O mesmo se pode dizer das crenças típicas em personalidades paranoides quanto a todos os eventuais prejuízos sofridos terem sido causados **deliberadamente** por outras pessoas. Também nas rupturas amorosas, quando um dos dois passa a viver em função de controlar o outro, a expressão deve ser utilizada. Já a distinção na clínica entre **ideia sobrevalorada** e um **delírio de ciúmes** pode não ser tão simples. O critério da **não psicose** é essencial.

Mais delicada ainda é a classificação sob esse título das **ideias de menos valia** (culpa e ruína), típicas das DISTIMIAS. É o que defendo, pois têm todas as características assinaladas. Além disso, esse raciocínio há de ser muito útil na sua diferenciação para com as **ideias deliroides** (com psicose). Esse é, aliás, o melhor critério para sua diferenciação. Com isso, eliminamos também a proposta de Jaspers de incluir as id. deliroides entre as supervaloradas. Afinal, implica psicose e suas características são muito diferentes*! Por fim e voltando ao início, sem o

*Até em respeito à terminologia, a principal distinção a ser feita aqui há de ser entre **ideias delirantes** e as **deliroides**.

critério do **prejuízo marcante ao próprio**, estaríamos abrindo portas para todo tipo de arbitrariedade, como a “internação psiquiátrica” de dissidentes, por exemplo. É bom lembrar também que algumas pessoas fazem de suas deficiências (ou limitações, admitamos, pelo menos no início) uma espécie de alavanca que as catapulta para novos patamares. Afinal, “**a pérola é a doença da ostra**”.

IDEIAS DELOIDES- Como dito anteriormente, Jaspers teria cometido um grande equívoco ao classificá-las como um “tipo de ideia sobrevalorada”. É erro típico de quem não atuou na clínica propriamente dita: enquanto essas últimas cursam **sem** psicose, as ideias deliroides **implicam** quadro psicótico, muito embora suas crenças sejam sensíveis à argumentação lógica e aos esforços de convencimento, contrariamente às Id. Delirantes propriamente ditas. Disse muito bem N. de Mello a respeito das i. deliroides: “...*ocorrem em abundância nos estados maníacos e melancólicos; em psicoses orgânico-cerebrais...*”. Assim, a expressão deveria ser aplicada apenas às crenças: **de ruína e culpa** nos deprimidos graves; em **poderes especiais, riqueza, missões** (e outras) nos maníacos; à **sensação de estar sendo vigiado ou perseguido** em pacientes em uso de cocaína; nas psicoses reativas breves e outras. Além disso, é imprescindível que sejam passíveis de abalos (ainda que momentâneos) por demonstrações fáticas.

IDEIAS DELIRANTES- Trata-se de **juízo falso**, com conteúdo muito improvável, senão **absurdo** (quando implica impossibilidade no enunciado, o que não é tão comum), acompanhado de **convicção absoluta**. É **inamovível e inabalável** por qualquer argumentação. Além disso, não decorrem diretamente de quaisquer eventos, embora alguns desses possam **desencadear** um processo delirante em pessoas já susceptíveis, seja a uma esquizofrenia ou a um Tr. Delirante Persistente. A esses critérios, associaria ainda o que chamo **enraizamento** da crença: **penetração em todos os recantos da mente e tomada**

plena da função mental de alguém. Não se trata de apenas uma crença a mais, mas aquela em torno da qual tudo na vida da pessoa passa a girar. Por se basear nas próprias características da manifestação, esse critério resolve a questão referente à crença quanto a ser “**primária ou secundária**”, como muitos dizem, sem reparar que, com isso, cometem uma violência contra a boa semiologia: partem do diagnóstico de uma doença (esquizofrenia, nesse caso) para a manifestação sintomatológica. A boa semiologia obriga o contrário. Afinal, a boa caracterização da sintomatologia observada é que deve estar na base de uma hipótese diagnóstica. Dizer que os juízos falsos dos maníacos, por exemplo, são sempre deliroides, desconhecendo que podem apresentá-los com todas as características assinaladas, é prática de maus semiólogos. Além disso, a expressão “delírio primário” tem sido usada como se fossem palavras mágicas; daquelas que “resolvem todos os problemas”; diante das quais as inteligências se embotam e param de investigar.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DE UM DELÍRIO

Há pelo menos quatro, 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).

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, implicando uma confissão: “sabemos ser muito ruim”. Bem melhor e correto 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, sem que exista, para isso, um motivo compreensível ou emocional*”. O que ele chama “significado anormal” corresponde a 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 dos termos “*compreensível e emocional*”. Prefiro dizer: a percepção inicial, aquela que serviu de referência, não pode ter qualquer vinculação de sentido lógico com a súbita **revelação** decorrente. Já a palavra “emocional” parece-me ali muito mal aplicada, uma vez que, nessas situações 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 (e os sinais e sintomas que visa bem caracterizar) deve ser sempre o ponto de partida. Quando partimos dos diagnósticos para os sinais e sintomas, perdemos completamente.

* O mesmo problema tem se verificado entre os pesquisadores da “**COGNIÇÃO SOCIAL**” quando chamam “**percepção social**” a compreensão mais ampla das expressões fisionômicas de pessoas à volta. Que o termo **APERCEPÇÃO** é o mais adequado confirma-o a diferenciação que eles mesmos fazem: “*É bem diferente da simples percepção de um objeto qualquer...*”. Passarei a me referir à **APERCEPÇÃO** como ligada também à empatia/compreensão humana e não somente a cenas do ambiente.

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 seguindo-se a revelação súbita de que vai ser sangrado até morrer; tudo isso 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. A ser assim, ela se tornaria excessivamente rara. Bastante 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 esquecido em um dos seus cantos. Em outro caso, no tempo em que os ônibus tinham fichas de várias cores, o paciente teve a certeza de que o iriam matar quando, à sua entrada, o trocador trocou de posição uma ficha, também vermelha. Nas duas situações os pacientes fugiram desesperados e acabaram por ser internados.

A (a)**percepção delirante** costuma ser o marco inicial daquilo que *Klaus Conrad* denominou *Apofania* (revelação, eclosão, em grego): instalação plena da síndrome paranoide, reforçando 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*.

INTERPRETAÇÕES DELIRANTES: São bem mais frequentes, e de menor valor semiológico para o diagnóstico de uma esquizofrenia propriamente.

Aqui existe alguma relação razoavelmente lógica e racional entre os fatos que servem de reforço à crença delirante e ao 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 frequência em frente à sua casa e que o estariam espionando; que os vizinhos começaram a arrastar móveis, indicando que deveriam estar furando o seu teto para observá-lo, e assim por diante; que o rádio e/ou TV está se dirigindo a ele diretamente. 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, os próprios pacientes aplicam **raciocínios** que vão confirmando as crenças, o que as diferencia da típica REVELAÇÃO das apercepções delirantes. É bem verdade que, em outros momentos, um paciente que sofreu uma apercepção delirante verdadeira pode também apresentar delírios sob as outras FORMAS aqui assinaladas.

REPRESENTAÇÕES DELIRANTES: o uso da palavra **representação** implica sua associação com a **MEMÓRIA** e seus assim muito 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, os registros mnêmicos propriamente ditos fiquem em segundo plano em relação à atividade delirante e imaginativa. Assim, associando os distúrbios nas duas funções

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

psíquicas (memória e pensamento) e com a esperança de resolver um problema que se arrasta na literatura---a partir da sua não associação à memória---**haveria dois tipos de Representação Delirante: Alomnésica:** quando o olhar delirante atual é aplicado a acontecimentos do passado, fazendo com que adquiram significados diferentes, em geral autorreferentes, mas associados à temática que o ocupa. Ouvi de um paciente esquizofrênico, o relato da certeza de ser a reencarnação de *Cristo*, certeza esta “confirmada” por: haver nascido em Belém..., ainda que do Pará; ter visto fotografias (de seu nascimento) com 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; e **Paramnésica:** os relatos apresentados como fatos do passado são totalmente absurdos (frequentemente trazendo consigo sua própria impossibilidade). Em caso apresentado em S. Clínica do IPUB, um paciente (nascido na década de 1980) 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 chamaram a primeira de “ilusão” e a segunda “alucinação mnêmica”. Algumas tolices são inócuas, outras altamente prejudiciais. Reservemos os termos “alucinação” e “ilusão” à sua destinação original. Eles já têm sido tão maltratados!*

COGNIÇÕES DELIRANTES: Aqui, a certeza do paciente dispensa qualquer explicação ou tentativa de convencer ou mesmo algum raciocínio. As

* 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-representação) cuja origem é DELIRANTE e não MNÊMICA.

coisas são assim, porque são assim e o entrevistador apenas 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 quase todos os delírios propriamente ditos e que a temática predominante pode ser mista. 1- **persecutórios**; 2- **de grandeza**; 3- **místico-religioso** (o paciente costuma tentar dar alguma ordem ou sentido às suas estranhas vivências; 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).

Nos TRANSTORNOS DELIRANTES PERSISTENTES encontramos outros três temas principais (além da **perseguição** e de **grandeza**): **de Ciúmes** (*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 também a presença de associações bizarras, caso contrário poderia ser apenas uma i. sobrevalorada. É mais frequente 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 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, ao ouvir o marido combinando a compra de um papagaio por telefone, tendo ouvido a palavra “louro”, sentiu-se desvalorizada, pois era uma “loura artificial”, enquanto a “outra” seria loura “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*.

Delírio Erotomaniaco, ou síndrome de *Clérambault*, mais frequente em mulheres. Implica crença inabalável de que alguém, em geral uma pessoa proeminente e famosa, está por ela apaixonada e 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 e até assassinatos.

Delírio Somático: trazido à cena pela AIDS. Todos os casos que examinei, porém, eram susceptíveis a alguma influência externa, ainda que momentânea

* Examinei em aula de graduação (ago/2019) uma paciente em cujo delírio essa **projeção** assinalada era ainda mais evidente. Contava 67 anos e seu marido 78. Tinha ela certeza inamovível de que ele mantinha relação amorosa com uma vizinha da idade dele. Perguntada quanto à sua própria vida sexual, disse não ter relações havia 20 anos: “Durmo em uma rede e ele na cama. Quando vou prá cama, ele me empurra de lá. Foi quando eu comecei a bater nele de chinelo e fui internada. Só pode estar com ela. Um homem não fica tanto tempo sem mulher! Agora, ela deve estar lá balançando as pelancas prá ele”. Em grande parte da entrevista, o tema erótico era o predominante.

(por isso **deliroides**). A pessoa acredita sofrer alguma doença grave, obtendo confirmações a partir de qualquer pequena mancha surgida na pele, p. ex. Uma paciente julgava que seus exames, cujos resultados eram invariavelmente negativos para a AIDS, eram trocados para enganá-la; que sua família já fora informada da sua “doença grave”, olhando-a com comiseração. Se alguém, na rua, perguntava por sua saúde, era sinal de que 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.

O Transtorno Delirante Persistente foi introduzido nas classificações pelo DSM III (**Transtorno Delusional**) e correspondia 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 muito associados às alucinações. Há que referir também os assim chamados: “**delírios sensitivos de relação**” (Kretchmer), cujo conteúdo mais frequente é de natureza erótica, atingindo especialmente as “solteironas”. Segundo minha impressão (a partir de vários casos examinados), guardam grande relação com os T. Bipolares do Humor.

Ideias deliroides de culpa e/ou ruína são frequentes 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 estar sendo roubado. Fatos dramáticos da sua história, relacionados a prejuízos sofridos por pessoas amadas, tendem a ser atribuídos a uma ação (ou omissão) sua, gerando culpa também deliroide. Quando confrontados com dados que negam o fato, a crença é abalada. 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 sequência da aplicação de uma semiologia: parte do diagnóstico sintromico (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. Dessa forma, os delírios propriamente ditos costumam “invadir, se infiltrar e fixar” em toda a atividade mental de um paciente. Por isso mesmo, as crenças tendem a permanecer 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 ao logo do tratamento. Como já dissemos, quando do compartilhamento de um delírio (“*folie a deux*”), um deles é o delirante enquanto o outro apresenta crenças deliroides, por sugestão e dependência. Quando separados, essas últimas desaparecem quase que de imediato, enquanto as delirantes, do membro dominante, permanecem intocadas.

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. O oposto também pode se verificar: um **falso reconhecimento**, quando o paciente “reconhece” como sendo seus parentes, pessoas que acabou de conhecer em uma enfermaria, por exemplo, atribuindo-lhes até os nomes correspondentes, mesmo quando muito diferentes das originais. Quando a crença é muito enraizada e abrangente, essa manifestação recebe o nome de *delírio de Fregolli*. A relação mais específica desses tipos de delírio com as esquizofrenias **não** está muito bem estabelecida.

Os delírios podem ser **sistematizados** ou não, 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 tendem a incorporar os acontecimentos e pessoas que passam ao largo; “**arborizados**” quando se ramificam quase infinitamente.

O PENSAMENTO OBSESSIVO

Refere-se a certas ideias que se repetem e se impõem à consciência de alguém contra a sua vontade consciente. São reconhecidas como próprias, embora costume ocorrer um estranhamento em relação aos seus conteúdos, quase sempre em oposição aos princípios morais do paciente, gerando profundo mal estar. São também muito frequentemente associadas a **compulsões**: necessidade de realizar certos atos ritualísticos, aos quais podem ser atribuídos funções e 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 e se associam aos **pensamentos mágicos**.

Toda essa produção seria 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. O resultado foi termos desenvolvido o pior de todos os medos: O MEDO DE NÓS MESMOS e a desconfiança em relação às nossas tendências mais profundas. Seria entre esses pacientes que esse conflito atingiria seu ponto mais extremo. A pessoa quase que se divide em duas, embora a razão costume preservar alguma unidade. Assim, a natureza que vive em nós terminaria sempre por se impor e vingar. Melhor é dizer com M. Lutero: *“É impossível impedir que aves de mau agouro voem sobre nossas cabeças. Não devemos deixar é que nela façam ninho”*. Em um caso extremo em uma jovem, observei aquilo que ficou conhecido por *“loucura da dúvida”*. Durante seus rituais de verificação, localização e ordenação de objetos (trincos, bicos de gás, etc.), chegou até a duvidar da presença dos próprios objetos. Outro, quando ia a um cinema, por exemplo, aplicava uma conta complicadíssima para “escolher” o assento a ele “permitido”. Caso contrário, sucederia alguma desgraça a alguém que amava.

VII- SENSO-PERCEPCÕES, 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 em nossas mentes. Isso 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 de um 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 de o ATO PSÍQUICO ser imediato, o simples fato de seus transtornos serem comumente específicos para cada um deles OBRIGA à 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 parece “entrar” 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). Além disso, 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), mas também quando da caracterização dos transtornos.

Nessa distinção (**percepção normal x representação**) acrescentaríamos mais um critério absolutamente essencial, especialmente para a psiquiatria, mas muito

esquecido: **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 transtornos da senso-percepção uma manifestação cuja definição implica a NÃO existência de uma sensação/percepção, ou seja: de um OBJETO qualquer na sua origem, uma vez que: **sem objeto, não pode haver sensação ou percepção?** 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, um objeto, 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; tão alemão! Assim, para os alemães quando alguém toma algo (imagem, som, cheiro, sabor) por verdade aquilo é tratado como uma percepção. Por isso, alguns chegaram ao absurdo de chamar o fenômeno “uma percepção sem objeto” (e sem aspas), cometendo um **oximoro**: associação de dois conceitos que se

* 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.

excluem mutuamente, como a “quadratura do círculo”, por exemplo. Trata-se de um salto quase mortal de graves consequências conceituais. Nada mais do que uma renovação da 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). Diga-se de passagem, o verbo “interpretar” está totalmente deslocado no contexto.

Resolvendo o problema de uma vez por todas, os estímulos aos centros corticais formadores de imagens (em geral, não somente visuais) têm apenas **duas** origens possíveis: EXTERNA (o que gera uma sensopercepção) ou INTERNA (uma representação). Não há uma terceira via. Imagem sem objeto implica se tratar de 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 resultado (representado em nossa mente) não costuma ter muita clareza, exceto para os bons imitadores de voz. Sem essa boa capacidade de representar, aliás, as IMITAÇÕES seriam impossíveis (sempre calcadas em “re-apresentações” do estímulo original à mente). Até aqui, todos aceitam classificar o fenômeno como uma representação. Por que, então, passamos a classificar de outra forma (não mais como representação, mas como transtorno da sensopercepção) as vozes que são reproduzidas com nitidez, gerando uma **crença na presença do objeto** (alucinação auditiva), somente por decorrerem de uma doença mental ou uso de substâncias? Teriam deixado de ser REPRESENTAÇÕES, somente porque o paciente passou a nelas acreditar e porque K. Jaspers, e outros alemães, assim o

* 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!

disseram? Há nisso uma total falta de critério. Penso ser hora de nos libertar da submissão intelectual: o termo latino é tão melhor! PERCEBER implica tomar posse a partir de uma REPRESENTAÇÃO* só nossa.

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 direta com qualquer objeto; com tal vivacidade que se faz reconhecer como percepção verdadeira de um objeto 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: FALSA PERCEPÇÃO. Trata-se de 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 elas: *representações mais vívidas do que o habitual, ESTÁVEIS, sem a sensação de corporeidade e, principalmente, SEM poder de convencimento na existência real de um objeto.* Há quem violente o conceito valorizando mais o

* 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 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 conseqüências obrigatórias, tratando-as lado a lado com as demais. Os psicopatólogos parecem ter evitado demais conflitos com os clássicos.

fato de se darem em um “**campo interno**” (separadas do campo perceptivo normal) o que incluiria “vozes dentro da cabeça”. Mas, até por seu poder de convencimento, essas devem ser classificadas como **alucinações** fora do campo perceptivo e, por isso mesmo, **extracampinas**.

O grande erro que se comete nessa questão é ficar prisioneiro à distinção entre as **pseudoalucinações** e as **alucinações verdadeiras**, quando, em verdade, é muito mais proveitosa a sua diferenciação para com das **representações** normais. Assim, diferentemente das representações habituais, **as pseudoalucinações são representações que perduram por muito tempo, 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, com os olhos abertos e em associações variadas com as percepções reais.

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 o conhecimento acumulado pelos clássicos. Penso haver nisso uma pobreza enorme. Afinal, a manutenção daquele juízo crítico pelo paciente é estreitamente relacionada ao que está sendo discutido aqui. Modestamente, penso ter conseguido juntar os dois grupos de critérios. Assim, as **pseudoalucinações: ocorrem no “espaço interno”** (talvez melhor seja dizer: à parte do campo perceptivo normal, sem se mesclar com a percepção dos objetos), **carecem de objetividade/corporeidade** (*Jaspers/Kandinski*). **POR ISSO, e apesar da sua vivacidade, o paciente mantém o juízo crítico quanto a não ser proveniente de um objeto**. Os dois critérios são como irmãos siameses. Ironicamente, parecem ter sido somente agora apresentados juntos. É verdade que, ao frisar sua ocorrência somente com

os olhos fechados, Jaspers retirou todo seu interesse clínico, tornando-as meras curiosidades por sua aproximação da mera imaginação. Em todos os casos que acompanhei (com interesse clínico) ocorreu algo bem diferente. Um homem idoso, tendo começado o uso de **clomipramina**, começou a “ver homenzinhos” em volta de seu prato de sopa com bastante nitidez e estabilidade. Julgou estar ficando louco; não referiu o acontecimento a ninguém; ligou para o clínico que suspendeu a substância e a manifestação logo desapareceu por completo.

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 os que afirmam: uma verdadeira alucinação somente ocorre quando associada a modificações profundas e permanentes na personalidade (*C.GOAS*) ou na consciência.

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 esses pacientes apresentaram 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 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 utilizada nas simulações.

ALUCINOSSES

A expressão **Alucinese Alcoólica** foi cunhada por C. WERNICKE (1848/1905) para denominar quadros surgidos em alcoólatras crônicos nos quais se observavam: **1- múltiplas** alucinações auditivas; **2- associadas etiologicamente** ao uso do álcool; **3- cursando com clareza de consciência**. Sua descrição e denominação são muito úteis até hoje. A condição foi muito valorizada no DSM-III e sempre que é desprezada decorrem prejuízos, especialmente na clínica: muitos pacientes que NÃO sofrem de esquizofrenia passam a ser assim diagnosticados (pela CID-X, por exemplo), apesar de apresentarem idade de início, preservação afetivo/volitiva e evolução bem

diferentes. Em 1922, o neurologista francês Jean Lhermine observou a presença de **múltiplas falsas percepções visuais** em paciente com danos no mesencéfalo e na ponte. Certamente inspirado em Wernicke (e aplicando os mesmos critérios, só que para manifestações em outro órgão dos sentidos), denominou o fenômeno "**alucinoase peduncular**". Em 1943, estados semelhantes foram associados ao LSD por A. HOFFMAN que o sintetizou, experimentou e descreveu: *"...Tudo ondulava e estava distorcido na minha visão, como em um espelho curvo. Perdi a sensação do tempo...Apesar da minha condição...era capaz de pensar com clareza e efetividade...Tudo assumia formas grotescas e ameaçadoras. Fui tomado pelo medo de ficar louco..."* (Kaplan & Sadock, oitava edição). Já o uso do termo para designar **apenas UMA falsa percepção** (em vez de para uma síndrome ou quadro), como alguns têm feito, parece-me completamente inadequado, até mesmo do ponto de vista etimológico. Afinal, o uso principal do sufixo OSE refere-se a **multiplicidade**: parasitose, pediculose, leucocitose, linfocitose e tantos outros. Diante de UM furúnculo, por exemplo, dizemos que alguém apresenta UM furúnculo. Quando são vários, porém, mudamos a denominação para FURUNCULOSE. Não encontramos o uso eventual desse sufixo para designar UM sinal ou UM sintoma.

Verificamos, com frequência, a ocorrência de tentativas de suicídio muito cruentas em pacientes que sofriam de alucinoase alcoólica. Um deles, que trabalhava como vigia em um matadouro, por 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 cenestésicas** 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 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 demais móveis se movimentavam ameaçadoramente em sua direção. 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 profissionial*, 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 e atitude muito suspicaz.

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”. Assinalar o 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, ainda que 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 sugestibilidade. 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 na sua presença. E quantas injustiças foram cometidas, especialmente contra negros nessa situação! As verificações costumam desfazer o engano, critério imprescindível para caracterizar como ilusória 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---implica 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. Haveria uma “inércia” também em nosso corpo. Submetidos a estímulos muito repetitivos, como que os antecipamos por um tempo, mesmo que eles não mais estejam lá. 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, em 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. Somente por duas vezes vi pareidolias adquirindo importância clínica: uma artista plástica sofrendo de Transtorno Bipolar do Humor as produzia em profusão e um jovem esquizofrênico que sofria horrivelmente reproduzindo imagem do órgão genital feminino 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 pelo placar de um jogo. Respondi que os limpadores dos vidros já “sabiam”: a cada movimento emitiam “Tá um a um”. Independentemente das risadas, ninguém mais conseguiu se “libertar” da audição pareidólica.

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 totalmente 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

* 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.

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. Mais importante, nesses casos, é a perda de juízo crítico quanto ao fenômeno.

Os fenômenos denominados *dejá 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 (*dejá 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 *dejá 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 freqüentemente 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 freqüentemente, 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 imaginários e 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.** Implica ainda, como veremos adiante, a capacidade de fazer uma narrativa daquilo que teria sido registrado.

Foi através da sua **memória** e, principalmente, da sua capacidade de produzir narrativas dos acontecimentos (independentemente do seu grau de fidelidade), 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 presenteada, 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

*Em “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.

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 existir a uma eventual hipermnesia nesses casos, haveria uma “recusa a metabolizar” determinado acontecimento. Por isso, os fatos geradores continuariam retornando como da primeira vez, assombrando 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”).*

Achados mais recentes a partir da investigação por imagens têm demonstrado a veracidade dessas considerações baseadas em antigas observações: *“Em vez de guardar todas as lembranças numa só área do cérebro, como um gravador de fita ou um disco rígido, o hipocampo redireciona fragmentos a vários córtices” (“O FUTURO DA MENTE” Michio Kaku), implicando um sistema muito mais eficaz do que o armazenamento em um só lugar, segundo o autor. Assim: “...as lembranças emocionais são armazenadas na amígdala, e as palavras são gravadas no lobo temporal. As cores e outras informações visuais são coletadas no lobo occipital, e as sensações de tato e movimento residem no lobo parietal”. E agora vem o melhor da história: “...trazer de volta um único aspecto dessa lembrança (por exemplo, o cheiro de grama recém-cortada) pode, subitamente, pôr o cérebro em ação para juntar os outros fragmentos e formar uma recordação coesa...”. Talvez precisasse acrescentar a esse mero “juntar” (SYNE) um verdadeiro **recriar** individualizado; aquele que reafirma a potência de um*

indivíduo, **independentemente dessa recriação ser mais ou menos próxima dos fatos que deram origem ao processo.**

E como a passividade pode trazer prejuízos! Eventuais registros de tudo o que se passa em um ambiente é sua manifestação, implicando uma quase transformação da mente humana em 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: é 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, e não é o que acontece: “*Acreditava-se, que quanto mais tempo o material permanesse 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, Costuma ter baixo rendimento em testes implicando 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 interessou, por uma ou outra razão) 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 bem mais primitivos e 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 ao **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, por exemplo, 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.

* Os termos: “*maciça*” e “*generalizada*” não servem para denominar esse tipo de amnesia. O primeiro é por demais concreto e material e a memória implica TEMPO. Já 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.

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 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 saíra apenas para fazer compras e logo estaria de volta.

O fenômeno denominado “**Black out**” **alcoólico** também gera uma amnesia que pode ser classificada entre as lacunares, embora possa atingir períodos relativamente longos. É comum que esses pacientes refiram até que ponto, na linha do tempo, há registro mnêmico, assim que recobram a consciência. Por isso sua classificação como sendo **lacunar** se impõe.

2- SEGUNDO A REVERSIBILIDADE—Algumas amnésias são plenamente reversíveis e outras não. Assim, e por definição, os fatos para os quais há registros, mas 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 (dando-se para frente ou para trás, na “linha do tempo”, a partir de um ponto bem caracterizado) — Depois de um esforço enorme, esta foi a única denominação que encontramos para classificar as amnésias **anterógradas**, diferenciando-as das **retrógradas**. 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 e algum **deslocamento** (no **tempo**, embora costumemos pensar em ter de **espaço**): grau, gradiente, gradativo, etc. Trata-se de erro grave usar os termos: “**retrógrada**” e “**de evocação**” como sinônimos para classificar uma amnésia. Afinal, **toda amnésia retrógrada implica prejuízo grave de evocação, mas nem toda amnésia de evocação implica ser ela retrógrada**. Um paciente que sofra um TCE e apresente amnésia lacunar para um período específico, mantendo função mnêmica preservada (do acontecimento para frente) sofre apenas de uma amnésia lacunar. Chamá-la retrógrada apenas por “estar no passado” é completamente errado.

Voltando às amnésias anterógradas, o paciente que dela sofre não consegue mais registrar os acontecimentos que vão se dando “para frente”. Nesses casos, 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 o de uma senhora de cerca de 70 anos com o diagnóstico presuntivo de demência, mas em cujo exame houve a impressão de razoável preservação da inteligência, principalmente a partir da sua capacidade de abstrair. Diante da pergunta quanto ao que entendia por: “**Mais vale um pássaro...**”, deu-nos 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 à anterior. Passados novamente alguns minutos, repetimos o procedimento e obtivemos a mesma resposta, *ad infinitum*. Ou seja: ela não se lembrava da pergunta que fora 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 às pessoas com quem havia interagido, apesar de continuar afirmando não as conhecer. A partir dessas sutis observações, foi desenvolvido o conceito de **memória declarativa “versus” não declarativa**. 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 frequente 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 muito 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 (em início de processo demencial) 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 critérios da “Lei de Ribot”: 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

pacientes em estado mais avançado de demência 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. Para se ter uma ideia dos perigos dessa perda de critério, 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 amnesias partem de critérios muito diferentes.

5-SEGUNDO A QUALIDADE— aplica-se quando do surgimento de conteúdos mnêmicos fictícios, ou seja, referência a “*pseudofatos*” (gerando “pseudomemórias”, segundo expressão criada por Kraepelin) 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. Podem ser subdivididas em **ALOMNESIAS**, modificação de eventos efetivamente acontecidos a partir de ótica delirante ou deliroide atual, e **PARAMNESIAS**, quando não há possibilidade da referência ter relação com fatos. Essas últimas podem ser: *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 aqui uma interpenetração com o conceito de **representação delirante** (ver exemplos no capítulo correspondente). Já as paramnesias confabulatórias são diretamente

* 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*.

associadas às síndromes amnésticas 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? Foi ao pão de açúcar?* ” Nas respostas, o paciente costuma valer-se de conteúdos antigos de visitas a certos lugares, realizadas em outros períodos. É bom lembrar que essas referências são necessariamente mutáveis a partir de outras sugestões. Caso contrário, e se o paciente mantiver uma mesma versão, implicaria estar sua memória preservada.

Há ainda outro tipo de paramnésia, não passível de classificação segundo os critérios assinalados, que aparecem 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? Estou convencido de que a solução para o problema seria a sua inclusão entre os **Transtornos Dissociativos** (ver **Estreitamento da Consciência**), uma vez que as descrições clássicas (e todos os casos que examinei) 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 a partir da pergunta: vivem, ainda que por períodos variáveis, de acordo com a crença que parece ser necessária (em termos psicológicos) 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 frequente 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 à finalidade. 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** (diferentemente das **pseudo-alucinações** por sua não estabilidade, mas em sequência). 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 vãos” 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 um outro. 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 inteligência humana implica **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. Por isso mesmo, 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 etária 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 vai nos interessar 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 Wechsler 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** progressiva e grave de habilidades adquiridas poderia ser classificada como DEMÊNCIA (tratada aqui apenas como síndrome), independentemente da idade em que tivesse ocorrido. Não é o que habitualmente se faz. Findo o seu desenvolvimento (são aceitas também avaliações no seu curso) a subdivisão dos indivíduos adultos, segundo o desempenho naqueles testes, levou à seguinte graduação:

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 capacidade de **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 arguidos 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, grupar 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. Ao lado disso, era capaz de ler razoavelmente. Esse pode ser um bom instrumento semiológico. 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. A denominação “leve”, nesses casos, pode ser desastrosa, pois seus prejuízos, especialmente em uma sociedade de grande demanda intelectual, são enormes. Além disso, podem induzir mal entendidos especialmente junto à justiça.

QI entre 20 e 45 – Imbecilidade ou oligofrenia grave. Aqui quase sempre há 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* (podem ter desempenho bem acima do aqui assinalado), 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, associada a 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 a 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

peessoas 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 contrassenso. 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 atingido o grau de “grande mestre” até alguns anos atrás. Como muito bem se sabe, é a inteligência espacial a que mais conta naquele tipo de jogo, mas 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

* Alguns usam o termo sem o H inicial, mas quer me parecer não fazer qualquer sentido.

“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 autorreferente 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 ressurgue 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)”.

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, mas 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 **GW Leibniz** chamou “*Verdades de Razão*” (em oposição às “*de Fato*”, carentes de demonstração) e **E. Kant** a “*Coisa em Si*”. Essa é, aliás, uma das teses principais do “Livro 4” de “**O Mundo como Vontade e Representação**” (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 Sheller* 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.

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*

* É o termo basal e primário em relação ao tema. Inspira-se em *Max Scheler* (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 Scheler*. Estou em boa companhia nesse uso do termo.

consciência de objeto nem com os movimentos instintivos e os atos da vontade”
(K. JASPERS).

Estabelecida a abordagem 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, doença mesmo. Toda a herança platônica implicava o esforço do desenvolvimento de uma *Razão* independente e acima das *afecções*, tratadas como fatores de perturbação ao seu funcionamento “harmonioso, contido e muito equilibrado”. 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 mobile/Qual piuma ao vento...*”, e peço que registrem essa associação do “vento” com os afetos, pois retornará no capítulo voltado à VONTADE.

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*

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

batráquios pensantes, aparelhos de gélidas entranhas; devemos parir constantemente nossos pensamentos de forma dolorosa, dando-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, 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

* 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.

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. Todas as que assisti e vivi, aliás, foram associadas a um tipo de atração que envolvia a reprodução da vida. Uma coisa é certa, de nada adiantaram 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 nas quais são como que levadas pela vida. Em verdade, a tendência é ao seu “esquecimento”, depois de passada, é claro. Quem sabe aquele não foi nosso melhor e mais rico momento? *“Você diz que vive a vida?! Não! É a vida que vive em você!”* (Nietzsche). Lembrar que chegamos até aqui depois de inúmeras gerações é bom para resgatar certo compromisso com a espécie.

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. É necessária pelo menos uma boa entrevista e muita observação crítica. Aqui, a possível exceção são os T. Bipolares cujo humor sofre **ciclagem rápida** (alternando entre opostos em poucos dias). 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. Costumo valorizar a observação da linguagem corporal nessa avaliação. Inibição psicomotora importante e lassidão costumam estar mais associados à depressão. 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 decisões quanto à necessidade ou não de uma terapêutica específica e em que bases. Interferir na evolução de um **luto normal**, através do uso de medicamentos e/ou internação, 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 que o não vivenciar plenamente um luto, diante de uma perda importante, costuma ser muito desadaptativo. Por outro lado, a identificação do “ponto ideal” a partir do qual se pode começar a falar em um **luto complicado**, justificando terapêutica antidepressiva 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 o LUTO como transtorno (atribuindo-lhe até um número de código), por ele mesmo e em geral. Tudo isso, 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** “vs” **elevação**, em relação (muito acima ou abaixo) às variações de sua oscilação normal. A palavra *depressão* foi tomada à geologia e aos estrategistas militares: referentes 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

* 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.

haver **hipotímia** e, quando observamos sua elevação marcante, 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”. 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 verbal** por parte do paciente: “*estou triste ou deprimido, ou...*”. Que semiologia é essa que fica escravizada à informação verbal e direta dos pacientes? Qual a necessidade de tanto esmero na observação se os leigos também sabem perguntar se alguém está triste? Assim, o fracasso da semiologia (no caso, da boa capacidade de observar) seria acompanhado da morte do conceito fundamental: existência 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 aplicação da expressão/conceito: **humor delirante difuso** não respeita o que aqui é proposto (aplicação do termo humor apenas a variações quantitativas), mas deve ser respeitada. Afinal, é consagrada (além de bela) e também implica um **estado**. É associado ao início dos quadros esquizofreniformes sugerindo uma provável evolução para a caracterização de uma esquizofrenia propriamente dita (a ser confirmada a posteriori e segundo a evolução observada). Outro uso

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.

consagrado do termo encontra-se na 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 e engloba um estado. Chego mesmo a chamar o diagnóstico sindrômico de “Estação Síndrome”, no sentido de termos chegado a um terreno firme, como foi dito em outros capítulos. 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** (irritabilidade), pode ser uma redundância. É efetivamente associado aos quadros maniformes, mas também pode ser encontrada nas depressões e há referências de que essa associação aumentaria 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*).

* 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.

CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS DOS AFETOS

Antes de tudo, há que assinalar quais os AFETOS predominantes no paciente examinado: tristeza, “menos valia”, autodesvalorização (comuns em deprimidos); suspicácia, medo, desconfiança (indicando atitude paranoide); mal estar geral, apreensão, medo (síndromes de ansiedade) e outros? Feito isso, passamos à classificação propriamente dita, algo tão abandonado hoje em dia, quando se repete burocraticamente: “*afetos congruentes com humor*”

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 nos livros que consultamos: **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, sejam elas: alegria, raiva, tristeza, vergonha e outras--- 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 desses pacientes referem um “sentimento de falta de sentimento”, mas estou convencido de que estão falando da sua incapacidade de ter sentimentos mais ternos pelas pessoas amadas, com isso sofrendo amargamente. A impressão de vazio associada e consciente é prova do oposto ao verbalizado.

Em verdade, as condições nas quais há um declínio generalizado na capacidade de expressar (e sentir, com certeza, mas como a observação é indireta, melhor falar da expressão) afetos de forma generalizada são: as esquizofrenias (principalmente os quadros residuais), transtornos de natureza orgânica mais específica (cursando com apatia), “*burnout*” (nos quais o CINISMO deve ser critério diagnóstico), embora, nesses casos e teoricamente, essa capacidade possa ser resgatada com o tempo: mudanças na vida e tratamento.

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 certo “*murchar*”, pois o que costuma ocorrer, nesses casos, é mesmo uma **perda** da capacidade de reagir afetivamente às diversas situações. Bem melhor para denominar essa manifestação, parece-me ser a expressão **esmaecimento** (perda de brilho e cor) **dos afetos**. Muito boa é também a expressão tomada emprestada do castelhano: **aplanamento dos afetos**, pois aponta para um critério temporal (na linha do tempo): ausência de oscilações marcantes. Já a expressão **esvaziamento dos afetos** implicaria um agravamento na rota de perda da

capacidade de reação afetiva. Como expressão mais genérica, pode-se falar em um **empobrecimento geral dos afetos***.

Há que investigar também os assim chamados **nexos afetivos**, mas não somente sua preservação ou não (segundo um referencial “ideal”) em relação às pessoas com quem mantinha relações mais próximas antes do adoecimento. Como estamos nos esforçando para caracterizar os efeitos tardios (talvez permanentes) das doenças, é absolutamente necessário um esforço na caracterização dessa capacidade antes do seu início: mantinha relações próximas e envolvimento pessoais com a família, especialmente com alguns de seus membros, ou nunca foi próximo de ninguém? Tinha amigos próximos ou não? Preocupava-se com o bem estar e a segurança das pessoas a quem era ligado, ou não? Sem isso, como avaliar a preservação ou não dos efeitos da condição clínica (talvez mesmo “sequelas” afetivas) sobre essa capacidade de ligação mais próxima? É bom não se esquecer, também, de avaliar a capacidade do paciente para estabelecer vínculos com outras pessoas na própria instituição: lembra-se de seus nomes, cumprimenta-as, pergunta por elas em sua ausência? Tudo isso pode dar uma boa ideia sobre essa capacidade que costuma estar muito prejudicada nas esquizofrenias, nos esquizoides e esquizotípicos; mas também em quadros de “*burnout*” e episódios depressivos mais graves. É esperado, entretanto que nesses dois últimos casos a manifestação seja reversível.

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.

* 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.

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 *moral*, 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 espécie de “carbonização” de valores e, em consequência, 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). Como a denominação bem o diz, implica incapacidade para sintonizar conscientemente com os próprios sentimentos, tornando-os palavras também. 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 nessa feliz denominação. É bom assinalar também: **não existiria uma elevação global da capacidade de expressar afetos** como consequência de algum transtorno, apenas de alguns dos afetos em detrimento de outros. Isso é bem diferente do que observamos quando da **perda progressiva e global** verificada entre os esquizofrênicos.

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”? Nosso ou dos que condenaram a prática? 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 tornar os “robôs” mais parecidos com os homens.

A partir do “patamar” (em verdade um “teto”) estabelecido pelos transtornos histriônicos, uma intensidade aumentada na expressão dos afetos, que tem feitió 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 autossuficiência exagerada** e até a **tristeza súbita**, como veremos adiante.

Nos síndromes paranoides em geral, é quase obrigatória a tendência à presença de **suspiciência** (estado de desconfiança exagerada), 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.

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 de alguma psicomotricidade. Quadros semelhantes também podem ser observados em oligofrenias e como consequência de lesões cerebrais.

Nas **dismorfofobias**, a partir da hipervalorização de algum possível “defeito” corporal (um nariz um pouco maior, por ex.) existe uma tendência à **auto-depreciação** e uma **inibição geral** na expressão de afetos mais brilhantes ou associados à autoestima. 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 o termo

* 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.

“**fobia**” não devia ser usado entre **transtornos somatoformes**, resolveram denominar o transtorno: “*Transtorno Dismórfico do Corpo*”. Por definição, porém, o transtorno **não é 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 do próprio corpo, 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**, tão valorizada 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” de *Bleuler*) ou *sucessivos* (caracterizando uma **labilidade afetiva**, como veremos adiante), é impraticável em termos semiológicos. Em verdade, o que foi chamado **ambivalência** por *Bleuler* nada mais é do que uma expressão da *moira* (esvaziamento dos afetos): oscilação sem finalidade de algumas expressões (na

^{*} 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.

fala, mímica e gestual associadas a antigos afetos) agora esvaziadas. 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 pessoa amada e sorri de maneira patética, dizemos existir uma **dissociação ideofetiva**, 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 encontrar empatia com alguma manifestação afetiva de um paciente e temos a impressão de que ela é absolutamente única, ou seja, não compartilhada por ninguém. A dificuldade maior, nesse caso, seria a sua caracterização e isso nos faz duvidar do próprio conceito. E se há um PRINCÍPIO

* 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”.

que aplico, é: **aquilo para cuja caracterização não há uma semiologia específica deve ser tomado com reservas.**

QUANTO À REGULAÇÃO ---é da natureza dos afetos sua oscilação, dependendo de estímulos recebidos do meio e de certos estados interiores insondáveis. Podemos estar alegres e, subitamente, tornar-nos tristes (ou oposto) dependendo de uma notícia importante. Por muito tempo somente aceitei classificar como **labilidade afetiva** manifestações evidentemente patológicas (como será visto abaixo). Hoje já não penso da mesma maneira. Aplico-a também à expressão dos afetos no LUTO e a outras situações de grande perda. Por isso, passei a classificá-las de duas maneiras:

1-oscilação extremada e súbita na expressão de afetos contrários, desproporcionais em relação aos possíveis motivos, nas quais ocorre **retorno rápido ao afeto básico e predominante**. É típica das síndromes maníacas: o paciente pode passar subitamente da alegria e/ou irritação para um choro convulso, retornando, também rapidamente, ao afeto inicial*.

2-oscilação súbita dos afetos, quase sempre no sentido da tristeza, associada a choro convulso, com retorno à situação anterior em tempo variável. É muito comum nas situações de LUTO e de grandes perdas, mas pode ocorrer também em depressões já plenamente configuradas ou durante o processo de instalação.

Manifestações semelhantes observadas em pacientes histriônicos costumam ter *teatralidade* associada. Por isso mesmo, devem ser relativizadas. Nenhum dos afetos, no sentido mais profundo do termo seria extremado nesses casos. Outra condição frequentemente confundida com labilidade afetiva são **risos e choros patológicos** decorrentes, na maioria das vezes, de doenças cérebro vasculares.

* Costumamos aplicar esse critério somente à oscilação na dimensão alegria/tristeza (riso/choro), mas me parece bastante razoável aplicá-lo também a outras dimensões: amor/ódio (carinho/agressão), por exemplo, e outros a estudar. Afinal, são também afetos.

Por definição, o riso e o choro são, nesses casos, muito desproporcionais em relação ao afeto subjacente, segundo as referências dos próprios pacientes. Por isso mesmo, é provável que não corresponda à oscilação súbita do afeto subjacente, mas uma reação reflexa.

Na **Incontinência emocional**, um afeto costuma disparar também uma ação, incontrolável, necessitando de uma força externa para seu controle e potencialmente lesiva ao próprio ou aos circundantes. É essa **ação** que torna o 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**. Por isso, devem também ser tratadas como uma **incontinência emocional**. É bom não esquecer, porém: mesmo para pessoas normais, podem ocorrer emoções incontroláveis 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.

.....

“AFETOS NEGATIVOS”! UMA NOVA CLASSIFICAÇÃO?

Tem sido introduzida---especialmente por experimentadores não muito versados no conhecimento, formação e prática psiquiátricos---a expressão “**afetos negativos**” para “classificar” tristeza, mal estar geral, apreensão, irritação (quem sabe o tédio?) e outros. Não há com tergiversar nessa questão. Existem apenas 3

usos possíveis para o termo “negativo”: 1-fotográfico; 2-para designar ausência; 3-como julgamento de valor; **aquilo que se deve evitar ou, se possível, eliminar.** Sendo assim, o “positivismo” rasteiro e medíocre está afirmando que aqueles afetos são necessariamente um mal por eles mesmos. Chamo a isso **“síndrome dos violinistas do TITANIC”**. Afinal, nas situações mais dramáticas da vida, mas também quando estamos submetidos a um cotidiano que nos carcome por dentro, somente aqueles “afetos negativos” podem nos salvar. É quando damos vazão ao sonho de evasão que todos devemos ter eventualmente, não somente os poetas: *“Vou-me embora prá Pasárgada”*. O mundo moderno vem tentando nos reduzir a um deserto de relações humanas, especialmente de trocas mais profundas nessas relações. O problema maior seria que as pessoas se acostumassem a esse deserto (inspirado em H. Arendt): o deserto da superficialidade mostrado em a “Beleza Americana”.

Por fim, pergunto: quantos “afetos negativos” foram necessários para pintar as terríveis maravilhas de Van Gogh? E para escrever os 24 Prelúdios de Chopin em estado avançado de tuberculose, totalmente só e vendo a morte inevitável ali à frente? A PSIQUATRIA precisa se defender desse amesquinamento que lhe vem sendo (quase) imposto de fora. Mas muitos achados da pesquisa moderna, especialmente as baseadas em imagens são altamente enriquecedores, desde que avaliados por quem tem boa formação. Senão vejamos as conclusões sobre a importância dessa intuição (acompanhada de mal estar momentâneo): *“...regiões inferiores do cérebro precisam avaliar rapidamente a situação e optam por uma decisão, uma emoção, sem autorização ‘de cima’. Assim, as emoções (medo, raiva, horror etc.) são sinais instantâneos de alerta emitidos por um nível inferior, gerados pela evolução, para avisar ao centro de comando sobre situações possivelmente graves ou perigosas”* (“O FUTURO DA MENTE”, MICHIO KAKU). De todo esse belo texto esperaria apenas que “inferiores” se referisse somente a regiões mais profundas do cérebro (por isso mesmo não muito acessíveis a investigações utilizando magnetismo) e que o autor também considerasse emoções com expectativa de grande prazer: conquistas em geral, amor, relações sexuais e outras. Valeu aqui

também a definição aqui dada para EMOÇÃO: sentimento que dispara uma ação (deriva de “*movere*”).

SÍNDROME DE ANSIEDADE

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 do termo **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 frequentes das **Síndromes de Ansiedade** são: mal estar geral, tremores, sudorese, palpitações, sensação de respiração curta e insuficiente, dor ou desconforto precordial, náuseas ou desconforto abdominal, tonteiras, sensações de despersonalização e/ou 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** (deriva de “*angor*”, aperto) é também um afeto com repercussões somáticas, cursando com espasmo do esôfago (“*bolo na garganta*”) e associado a situações de ameaça extrema e ataques de pânico de qualquer natureza.

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 *experimental e expressar os*

sentimentos (englobando **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” 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 há 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 como que “gravados” ou “impressos” na sua personalidade, o que é avaliado pela constância e firmeza de sua expressão na relação 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* 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. Os caracteres não se dividiriam em “bons ou maus”, mas em “firmes e frouxos”; bem demarcados ou superficiais. Com muita frequência, “bons cidadãos”, somente o são 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

* 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”.

TRIUNFO DA VONTADE”, Hitler se referia à sua própria, imposta a toda uma população.

XI- A VONTADE E SEUS TRANSTORNOS

Discutir a VONTADE sem fazer algumas considerações de natureza filosófica, resulta 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 implicaria tomar a mera **ação** como referência: “o que se dá em torno da ação”, uma vez que o prefixo “com” implica “junto a”. Com isso, deixaram simplesmente no ar, por exemplo, situações nas quais é observada **abolição** da capacidade para a ação, como nos estupores catatônicos. Como os “pensadores” modernos têm abusado em seu esforço para eliminar a subjetividade! E que mal têm causado à psiquiatria! Para o estudo de animais irracionais---e não seres dramáticos, divididos e **morais** como nós---seria até razoável esse tratamento. Contudo, e como disse o poeta: “...*mas com gente é diferente*”, ou deveria ser!

Voltando à filosofia, temas como: **livre arbítrio, autonomia, capacidade de determinação, dilemas morais, divisão do Eu** 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 hoje os seres humanos e suas condutas são herdeiros desses últimos, embora eles mesmos estivessem mais preocupados em ditar regras (a partir da procura por PRINCÍPIOS, é verdade) 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, sua compreensão e discussão e seus conflitos (dando início, com isso, à Psicologia): Schopenhauer, Nietzsche e Freud; 2- os que se ocuparam preferencialmente das **forças sociais** determinantes e em jogo: 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 nesse capítulo que o trabalho de *Nobre de Mello* se destaca em relação aos dos demais autores da área. Munido do seu saber filosófico, além da sua erudição habitual, produziu uma excelente sistematização do tema. Somente ele--entre nós, pois Jaspers também o fez---aplicou a diferenciação entre **desejo** e **vontade**, essencial para a boa classificação dos distúrbios dessa área. Recentemente encontrei a origem dessa diferenciação na obra de **I. Kant**, como verão abaixo. E quantos erros vêm sendo cometidos, até por autores respeitados, a partir da ignorância dessa singela diferença já tão bem estabelecida na linguagem popular. Afinal, ter “**força de vontade**” implica a capacidade de lidar, refrear e domar os próprios **desejos e inclinações**.

Só para registrar: o que chamamos **desejo** está muito próximo dos **sentimentos**, especialmente quando voltados às relações humanas (relações amorosas ou de amizade), justificando a junção habitualmente feita: “**funções afetivo-volitivas**”. Parece-me óbvio que, nesse tipo de situação, sentimentos e desejos são quase indissociáveis: quem **gosta** de alguém (ou de algo) tende a **desejar** sua aproximação de imediato. 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*”

* 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.

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 propriamente dita. Seu papel seria principalmente o de dar um sentido, organizar, seleccionar e 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 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, **B. Spinoza** escrevera em sua **Ética**: “... *Nenhuma afecção pode ser travada, a não ser por outra afecção mais forte e contrária à afecção a travar (IV – Proposição 37)*. Ou, de maneira ainda mais explícita: *A Razão é luz, mas não é fogo!*”. 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, vêm demonstrando: o que chamamos Razão, quando isolada dos sentimentos, revela-se algo quase vazio de conteúdo e capacidade influência sobre o mundo.

Dessas ideias, 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 ao núcleo dos grandes dramas humanos. Quem já examinou pacientes ditos “*Borderlines*”, sabe o quanto sofrem (e fazem sofrer), enquanto sua conduta oscila sem freio, 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 vários autores, inclusive os responsáveis pelo capítulo correspondente do *Comprehensive Textbook de Kaplan e Sadock* (1995) a incorrer no erro de afirmar haver **hiperbulia** nas manias. Com isso, caíram em uma espécie de armadilha: dizem sofrerem os maníacos de **hiperbulia**, mas quando se referem à sua típica incapacidade para controlar **impulsos** passam a chamar o fenômeno **hipobulia***. Diga-se de passagem, os dois fenômenos (incapacidade de aplicar um julgamento razoável quanto à execução ou não de um desejo e a impulsividade na sua realização) são totalmente dependentes, senão praticamente os mesmos. O mais elementar de todos os **silogismos**†, com seus 3 termos deve ajudar na compreensão:

1-a perda do controle dos impulsos implica haver hipobulia em quem a sofre.

2-os estados maníacos e as personalidades “*borderlines*” cursam com incapacidade de controle dos impulsos.

* Para que se tenha uma ideia da falta que pode fazer uma teorização mais consequente, logo depois dessa afirmação em relação aos pacientes maníacos, fazem outra exatamente contrária: “...compartilham muito em comum com a queda da vontade, uma vez que seus desejos muito intensos e decisões imediatas frequentemente refletem impulsividade...forma de escape da verdadeira vontade e capacidade de tomar decisões (“...*share much in common with decreased will in that the intense desires and quick decisions often reflect impulsiveness... an escape from true willing and decision making...*”)

† Introduzidos por Aristóteles, implicando dedução **lógica e obrigatória** a partir dos termos propostos: 1- todo homem é mortal; 2-Sócrates é homem; 3- LOGO, Sócrates é mortal.

3- LOGO, nos quadros citados encontramos hipobulia.

Toda a filosofia kantiana gira em torno do **IDEAL**. Essa é a sua maior grandeza, mas 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 de trecho do capítulo correspondente de *Nobre de Mello*:

1ª fase – **desejo, intenção ou propósito**- na qual surge o interesse polarizando nossa atenção em um objeto;

2ª fase – **ajuizamento ou avaliação** (o termo *deliberação* é ambíguo, pois também associado à tomada de decisão)– correspondendo à ponderação consciente dos móveis ou motivos e à análise atenta do que é favorável ou desfavorável em uma possível ação;

3ª fase – **decisão** – momento culminante do processo volitivo: demarca o começo da ação;

4ª fase – **Execução** – quando surgem os movimentos (os atos propriamente ditos) requeridos para a consecução do objetivo*.

Vários autores incluem neste capítulo a discussão de **automatismos elementares inatos** (tropismos e tactismos) e **reflexos condicionados**. Como, por definição, o problema da vontade envolve o **livre arbítrio** para a feitura de

* 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.

escolhas não os incluímos aqui. Afinal, são reações e movimentos determinados pela situação da espécie. À maneira do capítulo 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. Não pode haver nada de patológico no muito desejar por si só. 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*** do que com algum possível “excesso de desejo”. 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 “*Borderlines*”. Muito mais

* 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.

importante para a determinação dessas condições, porém, é a incapacidade de refrear os desejos, caracterizando uma **hipobulia**.

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 baixa reação afetiva aos estímulos do meio, há 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**, por exemplo, 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 ideias---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 há qualquer prejuízo associado a um hipotético “aumento da vontade”**. Afinal, uma elevação da vontade implicaria um aumento da capacidade de uma pessoa de lidar consigo mesma e de refrear seus próprios impulsos, o que costuma propiciar a feitura de melhores escolhas. Quando um **querelante**, por exemplo, passa toda a sua vida lutando contra um governo, destruindo projetos e relações sociais e interpessoais não é razoável associar sua manifestação a um “excesso de vontade”. Nesses casos, há uma deficiência na 2ª fase do “arco da vontade” (...*análise do que é favorável ou desfavorável*...). De qualquer maneira, *Nobre de*

Mello refere os fanáticos e/ou tirânicos como sofrendo de **hiperbulia**. Não parece razoável. Há ali uma incapacidade para o ajuizamento das situações.

Reconheço o risco cair na quase redundância: “Se foi bem sucedido, é sinal de que a vontade está preservada ou aumentada”. Assim, poderíamos como que fundir **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** (mais do que o julgamento e o resultado final) da vontade sobre os desejos como maior critério para sua avaliação. Há trabalhos recentes associando o **NÃO automatismo** das reações a um maior desempenho intelectual e é inegável que essa capacidade de refrear desejos e impulsos costuma se associar a um maior sucesso nas empreitadas:

“Dr W. Mischel (1972) analisando...a capacidade de adiar a satisfação em crianças, introduziu o “teste do marshmallow”: preferiam ganhar UM marshmallow imediatamente, ou DOIS dali a vinte minutos? Seiscentas crianças de idades entre 4 e 6 anos participaram do experimento. Como Mischel verificou posteriormente (1988), os que tinham adiado a satisfação tinham se tornado mais competentes que os demais” (“Futuro da Mente”).

O que houve ali senão a expressão da capacidade de refrear os impulsos por maior que tenha sido o desejo (ou seja, uma vontade poderosa)? Teriam (as crianças que adiaram a satisfação) menos desejos (ou vontade) do que a maioria? Há quem não perceba: ao deslocar o problema para a **intensidade dos desejos**, abandonamos o fator determinante nessas situações: **a capacidade de com eles lidar**. Talvez quem pense assim seja um daqueles que teme os “excessos de desejos”. E então, o que estaria em jogo não é mais qualquer teoria, mas a defesa do empobrecimento afetivo/volitivo generalizado dos seres humanos; um esvaziamento muito perigoso.

* Perigosa é também a impressão de que o processo envolve necessariamente raciocínios complexos. Frequentemente, a INTUIÇÃO nos apresenta de imediato a melhor conduta a adotar. É 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. Nesses casos, a máxima de Descartes funcionaria mais com um “Penso...logo hesito ou desisto”.

Assim, e depois do sucesso ao refrear os desejos (intenções), outro esforço seria dar-lhes um sentido. Já o sucesso ou não, obtido por alguém nas suas empreitadas, dependeria de muitos outros fatores, fora até do seu próprio raio de ação. O conceito de **pragmatismo** certamente ajuda, pois se associa à última fase do “arco da vontade” (mas também na continuação, como veremos): **a execução**. A melhor definição do bom pragmatismo envolve *a obtenção do melhor resultado possível, com um mínimo gasto de energia e tempo*, mas o conceito de pragmatismo (e sua aplicação) necessita ser aprofundado.

O PRAGMATISMO NA AVALIAÇÃO DA VONTADE

Trata-se de um conceito/tema sobre o qual a quase totalidade dos autores tem se referido apenas superficialmente. Um caso recente e a discussão travada com médicos residentes (H. P. Jurujuba), porém, obrigou-me a uma nova formulação do conceito e sua aplicação. Antes de tudo, há que **NÃO** confundi-lo com a **segunda fase do “arco da vontade”** na qual são formulados múltiplos **juízos** de pelo menos dois tipos:

1-Morais: a realização do desejo seria legítima ou não? Implicaria algum desrespeito a outrem ou aos nossos próprios princípios? Seria edificante para nós mesmos ou nos arrependéríamos logo depois (muito frequente nas relações sexuais, por exemplo)? E outros.

2-Quanto à exequibilidade de um projeto: avaliar riscos envolvidos e o possível benefício: realizá-los seria muito difícil e/ou perigoso? O investimento (geral e até mesmo financeiro) valeria “a pena” no sentido da expectativa de retorno? A relação risco/benefício pesa para o lado desse último, ou não?

Nada disso implica, ainda, o **pragmatismo**, ficando na esfera mais elevada do **juízo**. A discussão de um caso haverá de demonstrar o interesse de ampliar a **avaliação do pragmatismo e sua subdivisão**:

Mulher de mais de 50 anos, sofrendo de Transtorno Delirante Persistente, natural de SP e vivendo em Niterói, onde nunca teria se adaptado bem (sic). Em meio ao seu delírio, que misturava conteúdos de natureza erótica, grandeza e perseguição, decidiu-se a voltar para SP, mas de bicicleta. Por volta da meia noite, quando a ponte estava já bem vazia, começou o percurso. Ainda no início do seu vão central saltou e continuou a empurrar a bicicleta até ser vista, abordada por funcionários da ponte e encaminhada para avaliação psiquiátrica.

Havia, é certo, um problema grave e inicial de **juízo e avaliação da situação**. Deixando de lado aspectos como o perigo de uma viagem dessas à noite, o simples fato da paciente sequer suportar subir o vão central era já uma demonstração da tal inexecutabilidade de seu projeto. Assim, podemos afirmar haver ali um grave prejuízo no segundo momento do “arco da vontade”.

O que dizer, entretanto, do seu pragmatismo? E é aqui que ele vai precisar ser observado sob dois aspectos. O primeiro, associado ao planejamento, avaliação de mapas, escolha de pontos de parada, recursos e cartões, estava profundamente prejudicado. Mas há outra expressão do pragmatismo, aparentemente pequeno e mezinho, mas de difícil execução e absolutamente essencial (nas situações da vida em geral): preparar a bicicleta, encher pneus, vestir roupas adequadas e outros cuidados, no caso em questão. Se executadas, essas últimas atitudes implicariam haver **uma capacidade de execução de atos em sequência, de maneira a atingir um objetivo** (muito imediato e sem chance de sucesso, é verdade). Ou seja: algum **pragmatismo estaria preservado** e uma hipótese de esquizofrenia seria abalada. Diga-se de passagem, era a hipótese inicial no caso em questão, praticamente afastada após a avaliação. Nesse esforço, estou em boa

companhia, pois os pesquisadores das demências já fizeram uma distinção na avaliação do pragmatismo apontando no mesmo sentido dessa subdivisão: “*Mantém independência para execução de atividades básicas (higiene pessoal, vestir-se, locomover-se pela casa...), mas é totalmente dependente para ‘atividades instrumentais’: fazer compras, pagar contas...*” (S. Clín. IPUB-27/8/19- caso de Demência por Corpúsculos de Lewy).

HAVERIA TRANSTORNOS QUALITATIVOS DA VONTADE?

Todos os transtornos da vontade devem ser analisados do ponto de vista **quantitativo**. A quase totalidade dos autores, (*Nobre de Mello* inclusive) trata as **compulsões, perversões, atos automáticos e impulsos patológicos** como decorrentes de “**alterações qualitativas**” da vontade. Não se deram conta de que, ao fazê-lo, associam as “perversões”, por exemplo, a algo estranho (de qualidade diferente) ao homem “dito normal”. Sem o perceber, fazem coro com as piores tendências moralistas das sociedades: aquelas não seriam pessoas como as demais, mas “*bestas-feras*”. Bem melhor é ter em vista o verso de TERÊNCIO: “*Nada do que é humano me é estranho*”. Ou então a blague feita por Millor: “*Perverso...!? Apenas o homem normal apanhado em flagrante*”. Humor à parte, defender que os perversos teriam sido “feitos” de “*material qualitativamente diferente*” não ajuda no conhecimento do ser humano e seu “aprimoramento ético”*.

* Decorreriam de uma parada no desenvolvimento psicosssexual, segundo Freud. Triste é que, sofrendo influência da linguagem moralista da época, tenha falado das crianças como “polimorfos perversos”. Era um resquício da apologia da razão e uma condenação dos instintos. E dizer que Nietzsche já fizera sua defesa: “*Não fosse o laço protetor dos INSTINTOS...a humanidade teria desaparecido por conta de seus juízos absurdos*” (Gaia Ciência, af. 11). Quando lembramos que médicos já contraindicaram a amamentação em geral (daí as “amas de leite” e as “secas”), entendemos bem essas palavras.

OS QUATRO GRUPOS DE TRANSTORNOS DA VONTADE

São eles: 1- Compulsões; 2- Perversões Instintivas; 3- Transt. do Controle dos Impulsos; 4- Atos Automáticos

1-COMPULSÕES

Reservo o 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 de anular os efeitos ou riscos de acontecimentos catastróficos fantasiados. Com frequência, essas imagens mentais catastróficas se associam a “atos” do próprio paciente. O paciente sabe, racionalmente, serem essas ideias (obsessivas) e condutas (compulsivas e ritualísticas) absurdas, mas não consegue delas se livrar; daí sua classificação como um transtorno da vontade. O prefixo COM implica “aquilo que se junta a”; no caso uma PULSÃO gerando um **RITUAL**, objeto último do processo e cuja repetição é a confirmação de haver ali um distúrbio da vontade. Sendo assim, uma **compulsão** é o resultado de um entrechoque de duas forças, enquanto os simples **impulsos** têm um único sentido.

O grau de “correlação lógica”, digamos assim, entre o **ritual** e o que com ele se tenta evitar é variado. 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.

Se há um conceito que tem sido injustamente abandonado nesse capítulo é o do **pensamento mágico**, típico dos povos primitivos, não tão educados na avaliação lógica dos fatos e dos fenômenos da natureza. São ligados aos mitos e tiveram grande importância na evolução dos povos, além de darem origem às superstições. Implicam um esforço de controle sobre um mundo sentido como caótico e ameaçador. Seu surgimento é praticamente universal, fazendo parte da evolução de qualquer ser humano individual, segundo aquele princípio: a **ontogênese repete a filogênese**, aqui aplicado também a situações subjetivas. Não é difícil imaginar que, diante de um sofrimento insuportável, a criança (mas não apenas) ainda incapaz para a lógica, lance mão de correlações mágicas com acontecimentos corriqueiros do meio, em busca do alívio que a ilusão de controle pode fornecer.

Podemos afirmar que os pensamentos mágicos e os rituais têm uma origem comum. Entretanto, enquanto os primeiros lidam principalmente com uma tentativa de controle de acontecimentos externos (fenômenos da natureza e superstições) e são muito compartilhados, os **rituais** visam principalmente minorar ou evitar possíveis efeitos (sobre outros e o próprio, através do alívio do sofrimento) de impulsos e fantasias totalmente em desacordo com as disposições morais de alguém.

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 fundamentais e subjacentes à conduta repetitiva. Um bom exemplo dessa deformação 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 em relação ao que se passa no TOC. Convenhamos: tomar a conduta repetitiva como critério, 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.

As melhores classificações são aquelas baseadas em **traços nucleares** dos fenômenos estudados e não nos **periféricos**, somente porque esses chamam mais a atenção. Com aquela conduta e perda de critérios fundamentais, correm o risco de produzir uma espécie de “*Frankenstein*” em vez de um bom *espectro*. 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 ideia de uma subdivisão de algo que, anteriormente, julgava-se único. Foi o que se passou com a antiga PMD hoje subdividida nos diversos transtornos do humor constantes das nossas classificações. Não por acaso, vimos uma estudiosa do TOC 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*.

2-PERVERSÕES INSTINTIVAS

O grande problema para o estudo das **perversões**, que alguns preferem chamar **parafilias** (inadequadamente, pois não se tratam de meras preferências

* 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.

ou gostos exóticos) 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, englobando: esfera sexual, alimentação, sobrevivência, cuidado com a cria e instinto social e gregário** (a necessidade imperiosa da presença de semelhantes, em algum momento, pelo menos). 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. Assim, PERVERSÃO* implicaria **saída ou perda de um caminho previamente traçado pela natureza** (através dos instintos). Para sua caracterização há que caracterizar algum prejuízo ao próprio (e/ou outrem) associado à manifestação para que algum tipo de comportamento seja aqui incluído. Essa é mais uma razão para a condenação da aplicação do termo **parafilia**, associado a apenas um “gosto exótico ou muito diferente”. Não por acaso, surgiram algumas “listas de parafilias” com casos do tipo: “*MENOFILIA- excitação especial com mulheres menstruadas; LACTOFILIA- excitação com a liberação de leite*” e outras no mínimo curiosas e irresponsáveis. Como, entretanto, não somos (nem queremos formar) curiosos, trata-se de prática nada recomendável.

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

A-PERVERSÃO DO INSTINTO SEXUAL (REPRODUÇÃO)

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 (em verdade, como uma inclinação). Há um consenso hoje de que a homossexualidade NÃO implica perversão de uma “base biológico-instintiva”, pois não é associada a alguma desvantagem ou desadaptação (individuais, pelo menos) independente de preconceitos e outros fatores culturais. Aos que falam das desvantagens no sentido da não reprodução, lembramos que, para certos mamíferos como os cães selvagens africanos e toupeiras, por exemplo, somente às “*fêmeas alfa*” 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. Além disso, está demonstrado haver verdadeiros casais homossexuais (daqueles que somente a morte separa) entre algumas aves. Um explorador espanhol, *Cabeça de Vaca*, que esteve por vários anos na região próxima ao pantanal matogrossense, no século XVI, registrou em suas memórias a formação de 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 dita

egodistônica). 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 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. De qualquer maneira, os prejuízos a alguém, associados especificamente à prática, também precisam ser bem caracterizados. O mesmo se pode dizer em relação ao “**voyeurismo**”, cultivo preferencial ou exclusivo do prazer sexual associado à observação. Já com 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 sem 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 introdução, entrada e/ou passagem na estimulação do prazer, não deve ser considerada perversão. Há cerca de 20 anos, foi preso em São Paulo um homem que aperfeiçoara 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 “*strip-tease*” e outras explorações que se fazem da beleza e do poder de atração que o corpo humano pode exercer. 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 e adolescentes, 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. Apenas uma manifestação de CINISMO associada.

Já com relação à **pedofilia**, não se aplica aquela regra referente à “opção preferencial”. Para **qualquer manifestação explicitamente erótica ou sexual** em relação a uma criança, que envolva uma **conduta ativa** qualquer (inclusive o comércio de fotos, etc.) 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 uma expressão natural da sensualidade mal julgada por mentes

perversas) é 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 pior é a associação que fazem alguns “especialistas” entre sofrer violência sexual na infância e um quase destino a se tornar pedófilo reproduzindo a alegoria dos “vampiros”. Soa a uma condenação espúria perigosamente travestida de ciência.

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 e sensual 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. Atualmente é também considerado ato criminoso.

Na **Necrofilia**, o prazer sexual tende a somente ser alcançado quando executado com cadáveres e essa seria uma das razões que levariam alguns homens a matar pessoas antes de com elas realizar uma **profanação de um corpo** (falar em ato sexual é inadequado). Já há alguns anos, foi preso um funcionário de necrotério que conseguira desviar o corpo de uma jovem para um estacionamento onde o utilizou para práticas perversas. 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 no Rio de Janeiro. Assim que ele revelou 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 Tasmânia”, por exemplo, o ato sexual somente se consuma após alguma confrontação física que, por vezes, chega a causar algumas lesões graves nos seus participantes.

B- PERVERSÃO DO INSTINTO DE ALIMENTAÇÃO

A busca de alimento e água é o principal desafio de uma espécie para a sua sobrevivência. A distribuição (e a movimentação) dos animais, por terra, mar e ar, faz-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

* 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”.

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.

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 (uma alucinação, na maior parte das vezes) 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 (segunda fase do “arco da vontade”), 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, a determinação daqueles que sofrem de “anorexia nervosa” não poderia ser associada à preservação da vontade*. Há, nesses casos, um conflito entre a consciência racional e as necessidades vitais mais fundamentais: um ofuscamento da capacidade de bem **ajuizar** as consequências desastrosas do não comer.

*Exceto para aqueles suicídios nos quais é muito evidente a presença de um bom ajuizamento da situação: doenças graves e incuráveis; para evitar torturas e proteger correligionários; para defender uma CULTURA (ditos altruístas).

“A árvore da vida não é a mesma árvore da Razão...”

Não se encontrará melhor ilustração para o verso de L. Byron do que nessa situação. Diria até mais: o excesso de racionalidade costuma ser contrário ao próprio espírito vital. Há uma enorme diferença entre a saudável capacidade de adiar desejos e inclinações e sua confrontação absoluta.

Além disso, o quase pavor de alguns pacientes com o risco de desenvolver acúmulo de gordura e seu efeito na 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. 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: uma despersonalização (perda da plenitude da experiência, conforme assinalado por Mayer Gross) ou, em situações mais graves, 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 engolir metais e outros objetos sólidos, sem qualquer perspectiva alimentícia. Vimos um esquizofrênico de longa data e em grave estado defectivo que ingeria pilhas, garfos, colheres, etc. Por isso, foi levado várias vezes à mesa de cirurgia e temos a impressão de que esse fenômeno é bastante diferente daquele citado acima. Por isso, essa conduta mereceria outra denominação.

C- 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 de uma 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. É mais frequente entre médicos (mas também outros profissionais de saúde) e isso é fator de elevação das suas taxas nesse grupo. Os antinazistas 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 sua organização e a vida de aliados. Já nos suicídios associados a um transt. mental

e/ou da personalidade, não se pode falar em preservação da vontade, 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 gregárias, mais forte do que o de sobrevivência individual. Só assim se conseguem explicar, por exemplo, os diversos suicídios classificados como **altruístas**: visando a 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 os mecanismos pelos quais uma cultura pode produzir certos comportamentos. Diagnósticos psiquiátricos deveriam ser (quase) vedados nessa situação. Atribuí-los seria algo semelhante a internar dissidentes políticos em hospitais psiquiátricos.

Desde o seu “*Projeto...*”, Freud cultivou a ideia de que o objetivo maior de todo ser vivente seria a obtenção de prazer, associado à descarga de tensões acumuladas. Tratava-se de uma limitação inaceitável, pois o prazer era associado a um esgotamento de energia e não ao exercício da potência. Como esse modelo não era suficiente para explicar inúmeros fenômenos psicológicos e psiquiátricos--pesadelos de ex-combatentes com TEPT, jogando por terra a associação dos sonhos à satisfação de prazer---ele mesmo, em 1920, lançou mão do conceito de **pulsão de morte** (por vezes trocado erroneamente por “**instinto de morte**”). Era um conceito plenamente aceitável, implicando até um investimento 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 que estaria atuando, 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 à **pulsão de morte** (correr certos riscos) que se encontrem as maiores de todas as expressões de energia vital. Diga-se de passagem, *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...** frequentemente sacrificando 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 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 ignorar os embates rituais, por vezes mortais, envolvendo a reprodução dos mamíferos, das aves e até mesmo de animais inferiores, como insetos, aracnídeos e outros*?

* 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

O próprio *Freud* havia intuído algo parecido 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 entrou na via que leva diretamente ao adoecer e, em consequência, à morte. Nunca aquelas sentenças 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 quando da 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 e que discutirei no seguimento.

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 “espectro” de conduta autodestrutiva. São muito

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”.

frequentes em encarcerados e quase sempre obedecem a uma intenção de escapar de uma situação objetiva ou subjetiva insuportável. Vimos encarcerados a eles recorrerem para escapar do castigo de isolamento: eram transferidos para enfermarias. Há também casos nos quais a autoflagelação 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 autoflagelação 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. Costumam ser excessivamente controladas e submissas a figuras de poder, quase sem expressão autônoma. Associo as lesões autoproduzidas quase como uma tentativa de confirmação (e autoengano): “Estou viva! Mando pelo menos no meu corpo”. Outra manifestação que podemos classificar como autoflagelação/mutilação parece-nos ser a **Tricotilomania**, tendência incontrolável a arrancar os próprios cabelos.

D- PERVERSÃO DO INSTINTO DE CUIDADO COM A CRIA

Trata-se, indiscutivelmente, de um instinto cujo estudo tem sido negligenciado em Psicopatologia e aqui vão nos interessar somente as situações extremas associadas à ABOLIÇÃO dos cuidados e/ou maus tratos aos recém-nascidos. Podem decorrer de síndromes depressivas e/ou estados paranoides em geral.

Esses últimos já foram denominados “psicoses puerperais” e considerados uma entidade nosológica específica, o que não se justifica. Em casos extremos, podem resultar no INFANTICÍDIO (assassinato daquele que ainda não fala, mas ainda não foi bem estabelecido o período aceito para que essa denominação se aplique). É sempre bom ter um cuidado especial na avaliação da presença de **turvação ou não da consciência** nessas pacientes. Embora não conheça estudos conclusivos a respeito, em todas as situações que examinei e acompanhei essa questão se colocava fortemente. Quem assistir cuidadosamente o filme “O Bebê de Rosemary” (R. Polanski) verá não somente uma grande obra de arte como um aprofundamento no processo psicótico da personagem principal. Diga-se de passagem, a concepção, apesar de ter sido pelo marido, tratou-se de um **estupro**, uma vez que a esposa estava desacordada, situação da qual ela teria apenas um registro mnêmico fragmentado.

E- PERVERSÃO DO INSTINTO SOCIAL E GREGÁRIO

A observação da invariável provocação de estados psicóticos nas pessoas que sofreram um isolamento social por períodos muito longos é suficiente para a conclusão pela existência (e enorme importância) desse instinto. Em seu Aurora diz Nietzsche que a o EU individual e isolado é uma ficção. O que existiria seriam “EUs nebulosa”, incorporando outros EUs com os quais convivem mais ou menos intensamente. Assim, a palavra “*individuum*” (aquilo que não se pode dividir, com referência às almas) não corresponderia à verdade humana. Seríamos, em verdade, “*dividuum*” desde o desenvolvimento inicial de nossa personalidade e da nossa história. Muitas décadas depois, em elegante argumentação, H. Arendt,

depois de concordar plenamente com ele, acrescentou: e a manutenção da unidade dessas duas facetas do EU dividido necessitaria de um “terceiro” (outra pessoa). O nosso M. de Assis (em “**O Espelho**”) também já o dissera: nosso eu é duplo. Um dos “EUs” olha (advogando os seus próprios interesses) de **dentro para fora** e o outro **de fora para dentro** (refletindo os interesses das pessoas importantes para nós). Por isso, somos seres morais e dramáticos.

Praticamente todos os estudos sociológicos (mas não somente) do SUICÍDIO têm apontado o isolamento e a ruptura de laços sociais (especialmente de natureza cultural) decorrentes de grandes mudanças na organização das sociedades como o fator proeminente na elevação das suas taxas. O isolamento (mesmo que não total) é também associado à elevação do risco para ocorrência de quadros psicóticos. Estou convencido de que as alucinações auditivo-verbais, os delírios de autoreferência, as ideias deliroides e delirantes são formas de “interação social” (esforços de substituição, pelo menos), ainda que com seres imaginados e ameaçadores. Contrariamente ao dito popular: “antes mal acompanhado do que completamente só”. Por isso mesmo, sempre investigo se os pacientes sofrendo dos males acima assinalados estavam mesmo muito sozinhos. Chega a ser um pouco redundante a resposta.

3-OS IMPULSOS E O SEU NÃO CONTROLE

Os problemas clínicos que vamos discutir não decorrem do impulso por ele mesmo, nem da sua intensidade, mas da incapacidade de seu controle e, em consequência, pela sua transformação em ato, é bom assinalar. Há que distinguir os **impulsos incontrolláveis** e as **compulsões**, termo que reservamos, conforme

já dito, 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 compulsão visa **aliviar um sofrimento**, ansiedade ou mal-estar insuportável, os impulsos que vamos estudar são associados à **expectativa de obtenção de 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. Já a discussão quanto a um possível sofrimento/arrependimento posterior ao ato não faz parte de critérios diagnósticos e sua importância em psicopatologia é muito relativa, devendo fazer parte, isso sim de uma investigação psicológica durante uma eventual terapêutica.

Outro critério imprescindível é o de que o **comportamento repetido resulte em sérios prejuízos para o próprio e/ou outra pessoa**, caso contrário cairemos na criação de um número infinito de termos com o sufixo “**...mania**” e correremos o risco de chamar sinal ou sintoma apenas caprichos ou hábitos inofensivos. Se há algo de que a PSICOPATOLOGIA necessita é da criação e aplicação de bons critérios. Vi ser denominada **potomania** uma conduta de beber água com frequência exagerada em uma paciente psicótica, antes mesmo que fosse observada alguma consequência clínica e mesmo laboratorial da conduta. Efetivamente, dias depois, foi constatada presença de hiponatremia o que

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

justificou o diagnóstico, apesar do pronto abandono da conduta pela própria. A condição existe, mas sua aplicação precisa ser criteriosa e associada a algum prejuízo marcante, além de não ser decorrente de condição clínica específica (distúrbio renal e/ou hormonal). Há que tomar cuidado também para que não enveredemos (a exemplo das mal denominadas “parafilias”) pela criação de termos somente por capricho e curiosidade.

Que há, nesses casos, uma intermediação mental entre o impulso e a 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**, por exemplo, haverá de se complementar. É evidente que esse raciocínio parte do viés baseado nas pessoas que terminaram por ser apanhadas e presas; as demais ficaram de fora da avaliação. O estudo desses casos sugere que essas pessoas acabam deixando pistas, mas essa é apenas uma hipótese, até porque as que não foram apanhadas, não teriam tido seu transtorno identificado.

O Transtorno Explosivo Intermitente, cujos critérios pelo DSM-5 levam a “operacionalização” ao extremo do absurdo (*“ocorrência de pelo menos 2 episódios por semana durante 3 meses”*), implica descontrole dos impulsos, mas tem características bem diferentes dos demais transtornos aqui classificados. Os demais critérios ali listados são bem claros e aplicáveis, como seu critério C, por exemplo: *“As explosões de agressividade não são premeditadas e não têm por finalidade atingir algum objetivo tangível (dinheiro, poder, etc.)”*. Seu surgimento é associado a alguma intermediação mental, mas certamente se dá sem consideração por circunstâncias (o que os colocaria em uma faixa intermediária em relação aos **atos automáticos**) enquanto sua cessação costuma

necessitar de uma intervenção externa implicando aquilo que se denomina **incontinência emocional**.

É bom não esquecer de que a capacidade ou não de *controlar* os próprios impulsos* é uma dimensão psicobiológica básica para a caracterização e classificação de um transtorno da personalidade. Por essa razão, muitas das manifestações aqui tratadas se associam ao seu diagnóstico (especialmente no “*cluster B*” do DSMIII). 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.

Os assim chamados “VÍCIOS” implicam, por definição, um prejuízo no controle dos impulsos. A dificuldade, nesses casos, é bem outra: sua caracterização. Deixemos de lado a discussão quanto existir ou não dependência física (e síndrome de abstinência, quando da eventual retirada da substância, por exemplo), pois nem os pesquisadores da área chegaram a um consenso a respeito. Em princípio, a pessoa precisa ter a noção de que certo comportamento é muito prejudicial a ela mesma. Os antigamente denominados “alcoolistas bebedores de vinho”, que desenvolviam dependência física sem disso se darem conta, não seriam aqui incluídos antes da tomada de consciência quanto aos prejuízos físicos já causados pelo álcool.

Recorrendo, nesses casos, ao “**Arco da Vontade**”, costuma haver, quando do início do processo decisório (pelos pacientes já conscientes dos prejuízos acarretados pelo comportamento), **dois desejos em conflito**: realizar e não realizar. Caso a pessoa sopesse bem as consequências e não realize o ato, **sua**

* 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.

vontade estará totalmente preservada. Caso execute o ato, apesar de saber das consequências prejudiciais quase certas, **não**. Por fim, e sem querer repetir a linguagem popular, alguns dos transtornos listados nesse capítulo costumam ser também tratados como “VÍCIOS”, pois o processo subjacente guarda semelhanças consideráveis e não desprezíveis.

Passemos às condições mais típicas desse capítulo. A **cleptomania** é muito mais frequente entre mulheres e implica a subtração de objetos de outras pessoas, lojas ou instituições sem que isso deva ser classificado como um mero roubo. Muito importante, é bem caracterizar se **a realização do ato em si é o verdadeiro móvel da ação e não o objeto subtraído**. Seu critério essencial, porém, é outro: depois do ato realizado, **o objeto deixa de ter o interesse inicial**, transformando-se em um verdadeiro estorvo. Sem esse critério, perdemos os limites dessa condição em relação ao mero roubo. Se a pessoa **desfrutar ou obtiver alguma vantagem** do que subtraiu, estaremos diante “apenas” de um roubo. Há que evitar o critério repetido até por gente da área: “se a pessoa tinha condições de comprar o objeto subtraído, o ato seria devido a cleptomania”. Tal “critério” parece ter sido produzido “sob medida” para aliviar o simples roubo dos ricos e condenar uma eventual cleptomania em um pobre. Houve quem tentasse aplicar esse critério ao “rabino ladrão de gravatas” (de uma sinagoga brasileira) filmado e apanhado em Miami. Estou certo de que o roubo, em geral, implica algum simbolismo associado à baixa autoestima e a uma sensação de vazio, mas uma eventual descoberta de motivações psicológicas profundas para algum ato do tipo não pode borrar critérios em psicopatologia, devendo ser tema de investigação psicológica, especialmente na terapêutica.

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): um aposentado, que era sempre o mais envolvido nos esforços de apagar o fogo (expondo-se a riscos exageradamente), era quem o ateava usando sinalizadores. Aparecer como um herói arrojado se tornara, para ele, uma condição de vida. É bom lembrar que todas as condutas aqui discutidas partem de um **enorme sentimento de vazio interior** que, após o prazer momentâneo, se intensifica muito.

O **jogar patologicamente** (não há um bom termo em nossa língua para designá-lo, daí o recurso habitual 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” na sua vida são tão restritos, que tentar “dar saltos” só pode implicar riscos muito altos de perdas e derrotas. Em “O JOGADOR”, Dostoiévski (que conhecia 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. Funciona como uma espécie de ralo pelo qual descem não somente nossos valores contábeis, mas também morais.

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 e do sacrifício de pessoas e valores morais em função de outros, bem contábeis. É

muito mais frequente 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 queda na já anteriormente 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 compram mais aparelhos eletroeletrônicos 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, especialmente banco e financeiras. Há que desmistificar o mote tão caro ao capital para controlar os pobres coitados: “ficar com o nome sujo na praça”. O estímulo ao endividamento e as vendas totalmente irresponsáveis (para pacientes em mania, inclusive) é muito frequente e precisa também ser coibido.

O impulso à manutenção de relações sexuais de forma promíscua (**ninfomania**) apresenta aquele mesmo complexo de sentimentos associados, sempre a partir do vazio interior assinalado. E esse vazio é cada vez mais agravado pela repetição, em um “arco” que sempre se fecha: tensão, excitação, busca do prazer, execução, desmoralização, baixa autoestima. A observação dessa evolução dos estados mentais precisa ser o critério a nortear o diagnóstico, caso contrário, corremos um sério risco de enveredar por preconceitos moralistas. Afinal, lida com um ato quase universal e desejado pela imensa maioria. 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. Não é incluída entre as **perversões instintivas** por se tratar de ato sexual entre adultos e com consentimento mútuo.

Ainda não encontramos uma referência teórica acerca do impulso de alguns a mentir sem que obtenham vantagem com isso, aqui denominado **mentira patológica**. Muito pelo contrário, na maior parte das vezes esses mentirosos contumazes têm prejuízo com a prática. É imprescindível que não percam a noção de que mentem, caso contrário, estaríamos diante de uma **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.

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 baseadas em “quantidade de álcool ingerida por ano”, ou no “número de episódios de embriaguez” sofridos também por ano. É verdade que as mentes estreitas, “donas” das 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 melhores classificações passaram a aplicar um critério nada operacional (mas muito mais fiel à clínica) para classificar o uso

* 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**.

abusivo de álcool: ocorrência de “**prejuízos marcantes com a ingestão de álcool**”. 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.

4-OS ATOS AUTOMÁTICOS

Chamamos **atos automáticos**, aqueles que não são associados a qualquer tipo de intermediação psíquica, ou seja, os pacientes somente deles se dão conta depois da realização. Muitos autores os tratam da mesma forma que os **impulsos incontroláveis**, mas há uma diferença enorme 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 e julgamento.

Todos os automatismos que ocorrem nas epilepsias parciais complexas devem ser assim classificados. É típico que, durante as crises, os pacientes repitam certos atos simples, como um estalar de língua ou apresente careteamento. Examinei paciente que, durante as crises, sempre se dirigia à mesma janela e cuspiu sem que guardasse qualquer registro ou fosse identificada alguma conotação simbólica. São as únicas situações para as quais a expressão:

“estado crepuscular”^{*} pode ser aplicada. A expressão não é boa, apesar de consagrada. Até por sua ambiguidade (e beleza), induz aplicação às situações mais díspares: obnubilações e até estados dissociativos. É um erro. Alguns crimes perpetrados por epiléticos, nos quais um ato se repete por diversas vezes, também são frequentemente associados aos atos automáticos.

Atos automáticos são também referidos por pacientes catatônicos. Colhi relato de uma mulher que atirara o filho recém-nascido em um poço, ato para o qual não conseguia (mesmo depois de uma investigação ativa) dar uma razão, motivo e sequer referir qualquer ideação prévia a respeito. Também não foi possível associá-lo a qualquer atividade delirante-alucinatória. 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; se “ouvira” alguma ordem; se ela o olhara de “maneira estranha”, etc. Sempre poderemos nos perguntar se, nesses casos, haveria ou não alguma intermediação mental prévia, mas essa me parece uma questão insolúvel. O fato indiscutível, porém, é que há uma enorme diferença qualitativa entre esses atos e os impulsos estudados anteriormente.

A **dromomania** e a **frangofilia**[†] (tendência a rasgar as próprias roupas e/ou de outrem e destruição de objetos) podem também ser aqui incluídas. A primeira já foi denominada **automatismo deambulatório** o que aponta para sua classificação entre os atos automáticos (apesar de habitualmente incluída entre os

^{*} Afinal, se a metáfora implica perda progressiva de luminosidade, sugere perda de clareza (obnubilação, turvação) e não é o que se verifica aqui. Já outras metáforas, ficam a cargo da imaginação de cada um.

[†] Deriva do verbo *frangere*: quebrar, romper. Resulta, em português: esfrangalhar: “*Vivos voco/Mortuos plango/Fulgura frango*” (“Aos vivos convoco/Os mortos choro/À vaidade estraçalho” ou esfrangalho) de um poema medieval dedicado a um enorme SINO (citado por F. Schiller). O muito prosaico “frango”, esfrangalhado à mesa, tem a mesma origem.

impulsos). Implica o andar a esmo, sem nenhuma direção e pode ser caracterizada em catatônicos e nas epilepsias psicomotoras. Deambulações semelhantes, quando surgidas em estados dissociativos, são de outra natureza e devem ser classificadas como **fuga dissociativa**. 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.

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 movimentos anormais observados e também ao esforço de estabelecer a sua possível origem. Além disso, o uso muito difundido das substâncias antipsicóticas 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 à devidas aos quadros catatônicos (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 medicamentoso 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. 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 e não de seu comprometimento. 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** (cujos casos por nós já observados eram todos associados a episódios dissociativos), no qual o paciente faria o oposto ao

solicitado. **E. Bleuler** fez tal confusão com o conceito, ao misturar a **atitude voluntária de oposição** com o **negativismo**, que foi forçado a concluir: “*O negativismo é um sintoma complicado*”. Ainda hoje, há quem faça essa confusão conceitual*. É bom frisar: uma atitude de **oposição intencional** implica preservação da vontade. Por isso mesmo, não pode ser classificada sequer como sintoma propriamente dito. Quando nos referimos a uma atitude hostil e de oposição, durante uma entrevista, trata-se apenas (até aquele momento, pelo menos) de uma boa caracterização da condição em que ela se deu. Seu interesse clínico e demais correlações deverá ser estabelecido posteriormente.

Muito relacionada ao **negativismo** é a **reação de último momento**: esboço ou início de ato ou fala, assim que o entrevistador dá a impressão de haver desistido dos esforços de comunicação; ato ou fala esses que são suspensos quase que imediatamente, quando o entrevistador tenta reiniciar o contato. Chego a afirmar que somente a partir da verificação de uma reação de último momento podemos ter a certeza de se tratar de negativismo o quadro observado. Somente assim verificamos haver, indiscutivelmente, **uma intenção** para o contato e a **impossibilidade** de dar a ele continuidade. Como podemos ver, trata-se de manifestação muito dramática e grave para ser confundida com uma mera atitude de oposição intencional.

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,

* É verdade que o termo NEGATIVISMO induz os desavisados ao erro, mas é tarde demais para sugerir uma nova denominação.

o entrevistador poderá puxar uma de 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**, mas também 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, podendo a pessoa ser comandada sem 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,

*Tento sempre estabelecer correlações entre manifestações psicopatológicas e condutas primitivas na nossa evolução: seja individual (ontogênese), seja da espécie (filogênese). Verifico em muitos dos autores da área a tendência oposta: considerar tão aberrantes algumas manifestações que seriam algo “de novo”, como se dizia em outros tempos. Essas “Reações...” certamente são associadas aos “neurônios espelho” e tenho reparado conduta semelhante em crianças em torno de um ano de nascidas. Só uma derrocada quase total de EU atiraria uma pessoa nessa situação. Já para a flexibilidade cérea, não consigo fazer qualquer associação.

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, ainda, 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**. As primeiras 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 antipsicóticos, além de certos rituais motores muito simples, podem com elas assemelhar. São caracterizadas pela repetição **não voluntária** de certos movimentos para os quais **não percebemos finalidade ou intenção** alguma ou **simbolismo** associado. Uma aparente estereotípia de posição, por exemplo, caso seja cercada de significado: *“Fico nessa posição, caso contrário vai acontecer alguma desgraça”* não é, em verdade, uma estereotípia, 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 **estereotípia da fala (ou verbigeração)**, observamos a repetição de certas palavras ou frases, também de forma não voluntária e sem finalidade. As **estereotípias 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 me utilizei desse 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, essa última pode surgir em qualquer pessoa submetida a uma situação de ameaça ou grande apreensão, 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. Nesse caso, o conceito perde qualquer interesse clínico. Nos catatônicos não têm qualquer direcionamento ou finalidade. Por isso recebe a denominação: **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.

Aquelas que ficaram conhecidas por **furor epiléptico** são 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 autoproteção ou fuga associadas, muito provavelmente, a alucinações e ilusões ameaçadoras. 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 de 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. A caracterização como um episódio maníaco foi feita por psiquiatras “experientes”, mas hoje guardo a impressão de que se tratava de episódio dissociativo.

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 não têm importância clínica alguma. Podem ser 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 frequentes 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 DOPAMINÉRGICA

Distúrbios dos movimentos corporais são muito associados às substâncias anti-psicóticas, cujo mecanismo de ação implica interferência na função dopaminérgica, relacionada ao controle daqueles mesmos movimentos. Discinesias e movimentos córeo-atetóticos (atingindo tronco, braços e, mais frequentemente, os dedos) eram já associados às esquizofrenias, mas sua ocorrência era pouco frequente. Com o advento dos neurolépticos, tornaram-se presença mais constante e sua relação específica com as esquizofrenias foi muito abalada.

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

1-Síndrome Parkinsonoide Iatrogênica- 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 antebraço 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 (provocando disartria) e musculatura ocular (crises oculógiras). Quase sempre acontecem associadas à sialorreia (salivação excessiva). A consequência

* A emissão de ruídos vocais é, atualmente, critério para receber o nome de TOURETTE, embora não seja muito convincente.

mais grave que vi associada a essa manifestação foi o abalo da dentição, embora tenham sido descritas até mesmo mortes por asfixia durante essas crises.

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” (no mesmo lugar, quando parado), senta-se, cruza e descruza as pernas, levanta-se, além de recorrer insistentemente aos presentes. Com isso, alguns julgam haver piora no quadro e a necessidade de um aumento da dose medicamentosa. E então, está fechado um perigoso círculo vicioso. Frequentemente colhi referência a sintomas de despersonalização e desrealização durante um desses episódios 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-línguo-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 futuras, é recomendável 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 de “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 reinstaurar 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 pouco frequentes.

Menos frequente ainda, é o surgimento de movimentos **coreo-atetóticos** diretamente associados ao uso de anti-psicóticos. 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 coreicos muito típicos mantinha um fone no ouvido e um radinho na mão, dançando sem parar, de maneira grotesca e fazendo caretas um tanto absurdas. Parecia preferir 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 da presença de um **transtorno da personalidade** ser fator de risco para doenças mentais, suas manifestações não podem ser tratadas como sinais ou sintomas. Assim, incluí no curso uma aula sobre esse tema.

.....

Dentre as muitas novidades apresentadas pelo DSM III (1980) à PSQUIATRIA 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 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*”) de que fazem parte.

.....

O QUE SERIA, ENTÃO, UMA PERSONALIDADE?

Como quase sempre, o estudo da linguagem e a etimologia (origem das palavras) fornece muitas pistas para entender os CONCEITOS que as geraram. Deriva de

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

† 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.

“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. Outra aplicação do termo, quase sempre no plural (**caracteres**) indica **letras**. 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, o termo se refere 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, 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 em quatro tipos. Talvez seja onde as pesquisas mais recentes deram maiores contribuições e isso será discutido em subtítulo específico.

De todas essas observações resulta a 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 inconsequente. 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*.

Essa certeza empírica, entretanto, não deve ser suficiente. Até porque o **diagnóstico retrospectivo** (a partir de informações do passado) é muito contaminado pelo viés do julgamento. Há que imaginar situações específicas, criar testes e submeter a eles pessoas assim diagnosticadas. Com isso seria possível verificar se a impressão se confirma ou não e se os tipos existem mesmo. Quando feito de maneira apropriada foi encontrada uma correspondência razoável entre o esperado e o obtido. 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. Terminamos por criar o “nosso 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. Como, entretanto e na clínica, o

* 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.

† Vulgarmente e inadequadamente chamada “PSICOPATIA”.

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.

.....

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 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, implicando fatalidade e certos mecanismos) para substituir a assim muito mal chamada P. OBSESSIVO-COMPULSIVA*. Há uma diferença

* 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. Histrionica e T. Somatoforme, por ex.) poderiam ser atribuídos, um em cada EIXO.

de base entre as duas expressões: enquanto a meticulosidade, a disciplina, a pontualidade do **anancástico** costumam ser aplicadas como uma forma de poder e assédio moral 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.

Aquele critério do “sofrer ou fazer sofrer” também foi parcialmente aproveitado. Muito melhor foi dizer: traços **inflexíveis e desadaptativos**, a um só tempo. Assim, e diante de um caso qualquer, 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 a 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.

.....

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 é o mais aplicado e apresenta 3 características básicas: 1-tentar encontrar um fator etiológico específico e sempre presente, como nas doenças infecciosas: não há tuberculose sem a presença do

bacilo de Koch; 2- tenta bem delimitar as condições e se esforça por **excluir** outras condições, ainda que muito semelhantes. Mesmo aceitando que um paciente possa sofrer de mais de uma doença, há que tentar separar as manifestações de cada uma delas; 3- tende a ser, em consequência, PROCUSTIANO*, pois promover uma redução dos fenômenos para que caibam nas classificações produzidas. Por essa razão essas mesmas classificações precisam ser como que implodidas periodicamente.

A rigor e ao que tudo indica, a psiquiatria parece estar destinada a abrir mão do sonho de encontrar categorias propriamente ditas para os seus transtornos. A tal “DÉCADA DO CÉREBRO” ficou muito longe dos seus objetivos. Chega a ser irônico ter visto o presidente do NIMH (Tom Insel, afastado em 2016 talvez por isso mesmo) revoltado pela psiquiatria não ter conseguido, até aquela data e ainda hoje, caracterizar as causas especificamente orgânicas para os seus transtornos (com correlatos laboratoriais e de imagem) contrariamente a outras especialidades. Se ele conhecesse o mito de Tântalo talvez se tornasse 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. É o que se passa com as tentativas da nossa mente para abarcar todos os fenômenos.

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* entre as condições a classificar. Para que tenhamos uma ideia de como o método é útil: pacientes às quais eu atribuíra um diagnóstico inicial de **personalidade histriônica** alguns de meus colegas tendiam a diagnosticar como “*borderline*”. Não necessariamente um estava certo e o outro errado. Como o

* 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.

primeiro diagnóstico é muito carregado de julgamentos moralistas e expectativa ruim---representando, com frequência, uma contratransferência muito negativa--prefiro o risco de errar associado a um maior investimento clínico do que o oposto. É tendência minha muito instintiva. O método dimensional também é aplicável às doenças mais propriamente ditas (tratadas habitualmente como categorias, embora muito discutíveis).

.....

QUATRO VETORES PARA OS TEMPERAMENTOS

Recentemente, foram descritos quatro traços fundamentais, com seus correlatos fisiológicos, cuja expressão direta e/ou combinação de mais de um deles teria peso considerável nas condutas e atitudes predominantes de uma pessoa. Implicariam:

- 1- “*HARM AVOIDANCE*” (tendência a evitar riscos em geral)- pessoas que vivem permanentemente na expectativa de que coisas ruins aconteçam; aquelas que permanecem em situação de acuamento 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, praticamente sempre apresentam baixa autoestima (pois essa deriva diretamente dos enfrentamentos, independentemente de terem sido vitoriosos ou não), costumam cursar com ansiedade e apresentam 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 autoestima, 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 (independentemente 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
túmulos é o descanso do guerreiro**”. Quando esse perfil se associa também
a VALORES e PRINCÍPIOS costumam resultar em grandes lideranças e
transformações sociais importantes. Ter Moisés morrido às portas da Terra
Santa é também uma indicação para o traço: o que seria “aproveitar da nova
terra” (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 essas pessoas 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 também 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 tivesse cometido uma agressão; 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, vi reforçada em muito a minha 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- Iniciar qualquer consideração quanto à responsabilidade penal de uma pessoa (que tenha cometido um ATO ILÍCITO) pela resposta à questão: **a condição alegada pela defesa trata-se de uma doença * mental ou neurológica propriamente dita ou não?** Qualquer atenuação de pena deve ser associada **apenas** às assim chamadas doenças (o que não inclui os TPs). Se a resposta for **negativa**, encerra-se a discussão e o cidadão deverá responder por seus atos como qualquer outro.
- 2- Em caso **afirmativo** (SIM, a pessoa sofre de uma condição psiquiátrica e/ou neurológica propriamente dita), deve-se passar à seguinte questão: **o paciente examinado tinha, ao tempo da ação, consciência do caráter**

* 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.

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 uma **MEDIDA DE SEGURANÇA** de duração variável, segundo critérios dos juízes.

- 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 do ato ter sido 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. Tratam-se daquelas condições

caracterizadas como produto de um DESENVOLVIMENTO*. Tenho visto casos nos quais uma conduta impulsiva grave, iniciada somente após surgimento de um episódio maníaco em um adulto, foi “suficiente” para um diagnóstico de “borderline”. É um erro sério, pois o traço bem demarcado precisaria ter se apresentado bem antes. Nada impede, porém, e acontece com alguma frequência, que jovens com aquele perfil (dito “borderline” desde bem antes dos 18 anos, tenham configurada uma bipolaridade posteriormente. Nesse caso, o paciente deve receber os 2 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 também 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 maturação mais plena da pessoa. Há muitos relatos de conduta antissocial na juventude (ver JJ Rousseau) com evolução

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

completamente diferente da esperada. Por isso até foram criados diagnósticos provisórios para adolescentes que não vão nos interessar aqui. Até mesmo para os Antissociais esse diagnóstico só pode ser atribuído depois dos 18 anos, mesmo diante das condutas assinaladas antes dos 15 anos.

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*”... Por conta dessa aplicação, cometeram o maior de todos os seus erros (felizmente corrigido em 1987 no DSMIII-R): a eliminação do critério “**Ausência de remorso ou culpa**” para os Antissociais. Afinal, argumentavam, não existe um “*remorsômetro*”. RESULTADO: 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 (péssima para a classificação) entre os antissociais e os ditos “*borderlines*”, esses sim sofrendo de um risco enorme para o suicídio. É fácil imaginar como a 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 **UM** ou **DOIS** traços fundamentais dos quais **TODOS** os demais derivariam. Por exemplo: **T. Personalidade Evitante**- 1-expectativa catastrófica permanente; 2- hipersensibilidade à possibilidade de rejeição. A outra característica marcante: “**tendência a resistir a qualquer mudança e exposição a situações novas**” seria derivada dessas duas.

.....

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 no caso dos critérios ali sugeridos para os **antissociais** e “*borderlines*”, entretanto, há muito ali a criticar. Os subgrupos em que foram subdivididos esses transtornos obedeceram ali também a um bom critério de proximidade entre seus componentes e quase toda a terminologia adotada também me parece muito apropriada. É bom assinalar que, na quase totalidade das vezes, os traços que vamos discutir, quando apresentam **flexibilidade** em um indivíduo qualquer, implicam até uma maior capacidade de sua adaptação. 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** melhor e

transformar o mundo à sua volta mais intensamente. Por fim, o recurso a alguns termos em inglês me pareceu obrigatório nesse tema.

.....

“CLUSTER” A- “ESTRANHOS E EXCÊNTRICOS”

Os membros desse grupo apresentam alguma associação (epidemiológica e outras, muito 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 e psicológica*, sempre implicando a sensação de ser perseguido e autorreferência. Nesse caso, o termo PARANOIDE se aplica a pessoas que **sempre** (ou quase) **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. Por isso mesmo, são incapazes de um gesto de ternura ou desprendimento para com outro ser humano. Afinal, a ternura implica um desarme dos espíritos, o que é totalmente impossível para quem tem aqueles traços de forma predominante. Como era de se esperar, sua expectativa negativa em relação a todos os seres humanos (e a pretensa “intenção que todos teriam de prejudicar e passar os demais para trás”) tende a se “confirmar” na sua vida do dia a dia. Colhem aquilo que eles mesmos “plantaram

* Aplicamos esse termo também um subtipo das Esquizofrenias, e ainda a uma síndrome, além das assim chamadas Paranoias.

e cultivaram”. 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 relações conjugais) se apoiam em uma complementariedade entre os traços que estudaremos ao longo do capítulo. Aqui, o mais comum é que apenas os dependentes suportem essa relação de bom grado.

Alguns comportamentos tendem a ser recorrentes nesses casos: se um vizinho martela em sua própria casa, certamente o está fazendo com a intenção de perturbar, devendo reparar quando ele chega em casa. Se outro coloca seu lixo próximo ao muro da casa de um paranóide, também deve ser para 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 ou atividade deliroide propriamente ditos). Sofrem da total ausência de senso de humor e são vistos como frios e racionais. Em verdade, essa frieza e aparente falta de afetos são a expressão contida de outros afetos não muito apreciados: ressentimento, amargor, crueldade e outros não muito nobres.

.....

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 há de ter sido mais por passividade, diante da ação de outras pessoas. 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 para pródromos somente se confirmam quando da eclosão

plena da doença e muitos deles permanecem daquela mesma forma por toda a vida, melhor que a condição seja tratada como um **transtorno da personalidade**. 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 original 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 por exemplo. Nesses casos, devemos procurar por uma **personalidade evitante**.

.....

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 para definir o que se passa nesses casos. Os casos que acompanhei em um H. Penitenciário, levaram-me a valorizar muito esse traço que, por sinal, como que “contagiava” os demais pacientes custodiados. Nenhum deles queria partilhar a mesma cela com um esquizotípico. E isso não era decorrente de medo propriamente (não eram fortes ou ameaçadores), mas por um mal estar indefinível que sua companhia provocava, certamente fruto de uma ação recíproca de aversão.

Suas manifestações bizarras são tão chamativas que é comum haver uma negligência em relação a essa segunda característica, 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 apreciar o surgimento de algum santo, etc. Crenças desse tipo, quando envolvem 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 verdadeiramente 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 um tipo de personalidade com períodos de agravamento.

.....

“CLUSTER” B: “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 qualquer relação com a 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 a condição aqui discutida, a manifestações que são comuns às duas. É o que vou tentar evitar. Seus traços fundamentais são exatamente a **dramaticidade teatral** que imprimem a quase todas as suas expressões---o que é muito associado à necessidade de ser o centro das atenções---e também sua **conduta sedutora**, frequentemente 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 Marilyn 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 suas tentativas 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, senão a própria.

Voltando aos histriônicos, até suas desgraças, quando se configuram, são motivo de exploração “**glamourosa**” pelos próprios. Parece ser mais frequente em mulheres, mas essas manifestações podem representar o correlato e a consequência do poder masculino nas sociedades com o seu 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. A esses, contrariamente ao que se passa com as mulheres com conduta parecida, não se costumam diagnosticar. É bom deixar registrado que a expressão da 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** de todos os tipos, pois sua expressão inevitável termina por precisar de caminhos tortuosos para se manifestar: ver “*Dr Jekil and Mr Hyde*”.

.....

5-PERSONALIDADES NARCÍSICAS- Considerando que estamos falando de dimensões da expressão humana, a que aqui vamos discutir talvez seja a de mais difícil estabelecimento de limites entre o adaptativo e o não adaptativo. Vivemos em uma sociedade que premia tanto a vaidade---derivado de “*vanidad*”, correlato obrigatório do narcisismo---que se torna difícil a boa caracterização desse tipo de personalidade. Corremos sempre o sério risco de cair no truísmo (redundante, como sempre) de dar esse diagnóstico somente àqueles narcisistas que fracassaram exatamente no aspecto que mais se relaciona com o núcleo do problema: **o afã da fama e obtenção de “sucesso de público”** e financeiro a qualquer custo, menosprezando tudo o que não se relaciona a esses esforços, como os prejuízos causados à volta dos que obtiveram “sucesso”, por exemplo. Em relação a esses, somente um acompanhamento do resultado do tal sucesso nas pessoas à sua volta poderia introduzir um critério mais rico. O outro risco nessa avaliação é o julgamento moralista dito “*cristão*” da apologia da humildade, e da espera pelo “reino dos céus”. Diga-se de passagem, com isso acabam por abrir o caminho para os verdadeiramente narcisistas.

Por outro lado, Freud e Jung, quando violentaram até mesmo a origem mítica do termo **narcisismo**, atribuindo-lhe um valor e desconhecendo os enormes prejuízos associados, em nada ajudaram nessa boa caracterização:

“Encantado por sua própria beleza, Narciso deitou-se no banco do rio e definhou, olhando sua própria imagem refletida na água. Depois da sua morte, Afrodite o transformou numa flor, o narciso.” (Ovídio)

Nessa discussão, envolvendo questões morais essenciais, há que diferenciar o **orgulho pleno** da **vaidade vã**. O primeiro é muito legítimo, edificante e se associa ao muito sempre bem vindo amor próprio; já a segunda, costuma não ser construtiva e ser logo desmascarada. Isso é, até o aparecimento da grande mídia, essa grande estimuladora da vaidade vã. 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 de todos os tipos. Não há virtude alguma na humildade ao ponto da não expressão de um talento verdadeiro. Em princípio, o critério da **apreciação ou não da diversidade** (bem mais profundo do que a mera tolerância) de pessoas muito diferentes; o **conseguir ver na diferença um valor** (bem maior do que apenas um problema); o se dar conta de que, por mais estranhas que possam nos parecer algumas pessoas, o mundo seria bem mais pobre sem elas, podem dar a dimensão da presença ou não do **narcisismo** em uma pessoa e também da sua dimensão e intensidade*.

As manifestações essenciais dessas personalidades são: **senso de grandiosidade exagerado e superestimação das próprias capacidades e eventuais conquistas**. Há um enorme descompasso entre o que eles **julgam ser** e aquilo que **efetivamente são** (em termos de suas capacidades). Voltando sempre àquele critério do **PREJUÍZO** (ao próprio, principalmente), é imprescindível que se leve

* E ninguém o demonstrou tão bem quanto Baudelaire. Perguntado por que elogiava tanto autores tão diferentes dele (Hugo, Balzac, e outros), respondeu: *“Por que vou ficar girando em torno daquilo que eu já tenho o suficiente? Quero me aprofundar naquilo que me falta”* (Artigos de Crítica literária e de artes plásticas)

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” (associadas ao uso dos demais) 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, entretanto, uma pequena melhora na situação para que tudo voltasse ao velho código de desprezo àqueles que “*não conseguem pensar grande*” (sentença que adoram repetir). Nos dias que correm como o tal “empreendedorismo” tem arrastado essas pessoas para o desastre!

Há ainda que assinalar sua **aversão e agressividade diante de qualquer crítica**, por pequena que ela seja. Tudo se passa como se qualquer crítica fosse uma negação da sua própria pessoa. Ao eventual crítico são, de imediato, atribuídos traços do próprio, especialmente de **inveja** (numa expressão da tendência ao uso do **mecanismo de projeção**). Com isso, invertem o efeito da crítica: passa a ser uma confirmação da sua própria “superioridade”. Sofrem de um senso de grandiosidade e arrogância permanente. Estão sempre em luta por títulos e comendas. Não aceitam ser submetidos às situações muito comuns na vida das pessoas comuns: esperar em filas e outras, sempre buscando ser tratados de maneira muito especial. O grande pesadelo de Hitler (o narcisista por excelência) era ser mais uma pessoa comum. Esse perfil, quando associado a alguns talentos (há que reconhecer) e diante de uma sociedade totalmente desmoralizada, podem exercer uma liderança extremamente perigosa.

.....

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, não suportando estar sozinhos. Esse aspecto e a sensação de **vazio** permanente associada, obrigam-nos a recorrer ao conceito de **relações objetais** e das graves consequências que podem advir de sua deficiência grave como tentativa de compreensão da origem da condição. 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.

Os traços principais do transtorno são: **impulsividade/instabilidade emocional*** e a **sensação (mais abstrata) de VAZIO** associada muito intimamente a um problema grave na autoimagem (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 ainda pior. Por tudo isso e pelo sofrimento associado (o que os diferencia dos **antissociais**: 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 autoprovocadas. **Promiscuidade sexual, o uso de substâncias psicotrópicas**

* 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.

(legais e/ou ilegais), **gastos excessivos** e **envolvimento com jogo** e envolvimento com **crimes de vários tipos**, além de **participação de gangues** são também muito frequentes.

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 para os transtornos bipolares do humor. Por isso mesmo, se são mesmo limítrofes, o são desses transtornos e não para as esquizofrenias. Uma enorme dificuldade para testar a hipótese reside no fato desses pacientes, até por sua inconstância generalizada, muito raramente seguirem qualquer tratamento.

.....

7-PERSONALIDADE ANTISSOCIAL

A primeira aquisição do DSM III, nesse capítulo, aparece já na própria denominação proposta. Chamar esses pacientes de “*psicopatas*” (usando mal o termo que foi aplicado por Schneider a todos os transtornos da personalidade que listou) era uma aberração. Afinal, sua etimologia implica dizer “doentes mentais”, o contrário de tudo o que é defendido aqui. Muito melhor foi a denominação a partir de seu traço principal (pelo menos no sentido da expressão social) e que mais chama a atenção: suas ações intencionalmente contra a sociedade. Mas, a rigor, esse traço seria consequência de outro mais básico: **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 e ao próprio** (critério da **desadaptação**) é tão importante. Como já foi dito, os critérios mais formais e demonstráveis para avaliar essa adaptação são: **tempo de sobrevivência e capacidade de**

reprodução. Como os antissociais raramente vivem muito, o primeiro seria já um critério suficiente; formalmente, pelo menos. Alguns, entretanto poderiam dizer que isso se dá somente por sofrerem eles com a inveja dos demais, uma vez que “todos poderiam querer de ser como eles”. O que vou tentar demonstrar é que suas condutas permanentemente antissociais são determinadas por uma grave insuficiência em relação ao que há de mais importante na vida. Sentem-se **excluídos** daquilo que chamo a "**festa dos afetos**" percebida à sua volta. Nenhuma outra situação exemplifica melhor a gravidade do erro dos que listam como “afetos negativos” a tristeza, a raiva, o medo e outros. Esse é o grande empobrecimento! Costumo dizer que o termo “**negativo**” somente é aplicável, quando se tratam de afetos, para sua inexistência. Já os citados acima, como podem ser enriquecedores!

Como todos os excluídos*, os antissociais se esforçam para destruir tudo o que atualiza a sua própria incapacidade, especialmente uma eventual alegria acontecendo à sua volta. E nesses casos o sentimento de exclusão é ainda mais grave pela sensação profunda da total impossibilidade de superação. Nunca isso foi tão bem expressado como no livro/filme "**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 que têm função frenadora do comportamento. Penso, entretanto, que o correlato neuropsicológico (há também, certamente, fatores ambientais implicados na origem da condição) quanto à origem do problema deve ser procurado em áreas associadas aos

* 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 Deutcher*"!

sentimentos (sistema límbico e outras). Deficiências nessas áreas podem estar na origem daquelas observadas nas áreas frontais. A necessidade dessas pessoas de **exercer poder** através do ludibriar, provocar sofrimento e medo também deve ser estudada.

Se há algo de que não compartilho é da crença na existência de algum "desempenho muito especial" dos **antissociais** no sentido da inteligência, capacidade de sedução, etc. São aspectos muito exagerados pelos que se deixaram seduzir e sofreram com alguns deles. Transformando-os em quase "hipnotizadores" reduzem a crítica às suas próprias e graves insuficiências na apercepção do que se passa à sua volta. É um caminho mais fácil do que olhar para as suas próprias limitações* e despreparo generalizado para a vida. Esse mito também é reforçado pela associação com outros interesses muito perversos: 1- os das famílias (visando controlar seus parentes); 2- do poder do estado (sobre a juventude em geral); 3- de muitas igrejas para controlar seus "rebanhos"; 4- de alguns psiquiatras (tentando "surfear na onda" e ganhar destaque na mídia).

A história mais comum, nessas situações, é de pessoas que foram infantilizadas por suas próprias famílias e, quando de suas quedas (quase inevitáveis nesses casos), tudo é atribuído às "más companhias". E essa tendência tem sido muito reforçada por psiquiatras que se aproveitaram para resgatar até o muito sonoro "PSICOPATA" nos seus livros que se parecem muito com os "de autoajuda" (em verdade, de "autoatrapalhação"†). Trata-se de prática que violenta até mesmo a história da psicologia, pois essa deveria ter sempre a finalidade de estimular a conquista de mais autonomia! Livros que induzem ao medo e à desconfiança nos seres humanos, em geral, não ajudam nesse processo. Há até mesmo uma

* 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.

† Atrapalham por 2 razões principais: 1- a ideia de que haveria UM caminho certo a ser trilhado; 2- julgar que alguém conhece esse caminho. A rigor, não há caminhos! Fazemos o caminho ao andar, como disse o poeta!

irresponsabilidade nessa generalização de um diagnóstico que deve ser reservado às situações extremas. Nesses casos, há que inverter a pergunta às pessoas que foram ludibriadas por algum antissocial: que despreparo (ou até mesmo deformação moral das próprias “vítimas”) 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 um tanto ridículas!

Apesar dos seus grandes avanços, foi nesse capítulo que o DSMIII cometeu seu maior deslize: em seu afã de aplicar **critérios operacionais** (aqueles excessivamente objetivos e até contábeis) seus organizadores excluíram o critério: **ausência de remorso ou culpa**. RESULTADO: houve uma superposição quase total de critérios em relação aos "*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 quanto prejuízo pode decorrer do total abandono da teorização e dos aspectos inevitavelmente subjetivos nas avaliações diagnósticas. O problema foi revisto e resolvido sete anos depois, com o DSMIII-R com o retorno do critério.

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. Diante, por exemplo, de um jovem que não tenha apresentado os comportamentos listados antes daquela idade, há que considerar um início de uma doença psiquiátrica propriamente dita ou mesmo de alguma condição mais especificamente orgânica. Exagerada talvez seja a obrigatoriedade dessa caracterização. Aliás, essa forma de abordagem é válida para quase todos os tipos de personalidade que estamos

discutindo: suas manifestações costumam aparecer e se desenvolver desde a infância.

Já os critérios ali listados premiam por demais 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, na lista apresentada, critérios que não são operacionais, mas que me parecem bem mais úteis e interessantes: **“presença de mentira contumaz”** e **“tendência à iniciação de brigas”**, além de outros óbvios e necessários: ocorrência de **“roubos e delinquência em geral, vandalismo, maus tratos a animais, sexualidade precoce e promíscua e uso de álcool e drogas”**.

Passando para os critérios exigidos a partir dos 18 anos, foram priorizados: **“incapacidade laboral”, “irresponsabilidade para com familiares”, “promiscuidade nas relações mais íntimas”, “não pagamento de dívidas”, “agressividade e impulsividade”**. Além do matiz excessivamente pequeno burguês associado, eles também me parecem objetivos demais. São úteis, sem dúvida, mas estariam longe de definir as pessoas. Afinal, 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). Eliminam a subjetividade e a boa clínica se esvai junto com esse excesso de objetividade. Aquela **falta de empatia** (fundamental e já assinalada) para com os outros seres humanos, por exemplo, é imprescindível, mas sua avaliação não permite operacionalização e caracterização direta sem o recurso à **intuição**. Chama a atenção que ali não seja priorizada outra característica essencial nesses casos: o **“não aprendizado com a experiência”**, por pior que essa seja. Não há como deixar de concluir dessas palavras: a sociedade precisa se defender dessas pessoas, se possível sem qualquer ódio e

nunca por antecipação. Já os psiquiatras e psicólogos não deveriam aceitar o uso do termo PSICOPATA sequer como um xingamento!

“CLUSTER” C: EXPECTATIVA CATASTRÓFICA E MEDO

8-P. EVITANTE OU “DE EVITAÇÃO”: Apresentar como características principais desse "Cluster" (como o faz o DSMIII) "**ansiedade e medo**" não me parece muito adequado. O termo "ansiedade", quando usado nesse contexto (técnico, especialmente quando de uso médico), deve se referir especificamente à **síndrome de ansiedade** (caracterizada por mal estar geral e seus correlatos típicos e visíveis). Sendo assim, e segundo um esforço de bem delimitar os termos e expressões, não deveria ser aplicado a condições que, por definição, não se podem associar a **sinais e sintomas** e em consequência, a **síndromes**. Mas talvez exista ali uma "contaminação" a partir do fato de que as **personalidades de evitação** são uma espécie de "caldo de cultura" para os **transtornos de ansiedade** propriamente ditos. Mais do que isso, tudo indica haver uma transição entre eles e não muito bem demarcada, por sinal, especialmente aqueles que cursam com fobias em geral. Bem melhor parece ser tomar a **hipersensibilidade à expectativa de rejeição e o evitar exposição** (ainda que essa exposição esteja associada à possibilidade de gratificação) como seus traços principais. Como é de se esperar, tudo isso implica uma baixa interação social e queda importante na autoestima.

Em suas poucas relações afetivas, em geral limitadas aos 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 esses tendem a ser pessoas com muita sensibilidade (e 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 espécie "aura catastrófica" envolvendo todas as pessoas 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 dos 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, implicando entrega das principais decisões, em relação à sua própria vida, a outras pessoas.** Há, em geral e nas suas relações, uma pessoa mais específica que comanda sua vida podendo ser eventualmente substituída. Na avaliação da sua autoestima, e partindo do princípio de que são os enfrentamentos na vida---independentemente de terem sido vitoriosos ou não---que determinam seu desenvolvimento, encontramos um autojulgamento muito depreciativo na quase totalidade desses casos*. O risco de uma evolução para quadros depressivos é muito alto; quase uma regra, mas com nível de gravidade variável. Alguns já denominaram essa baixa permanente do humor de uma “síndrome de desmoralização”. É bom lembrar de que o termo “moral”, nessa aplicação, refere-se mais à autoconfiança, 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

*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.

muito tempo, ela foi considerada um fator predisponente àquele transtorno, mas isso definitivamente não se confirmou. Em verdade, essa 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 à minuciosidade, quanta diferença e até mesmo oposição entre as duas condições! Enquanto o paciente com TOC tende a repetir condutas rituais por um medo terrível (pensamento mágico) de que algo horrível possa acontecer e/ou de prejudicar os demais, no ANACÁSTICO aqueles traços são associados ao controle e quase assédio moral aos circundantes, especialmente de seus dependentes.

Na avaliação de seus traços principais é imprescindível assinalar a **perda quase total da dimensão humana na cobrança de aplicação das regras e ordens** por eles reverenciadas. Assim, características que são habitualmente associadas a uma VIRTUDE: ---**perfeccionismo, obediência a regras, disciplina, pontualidade** e seus correlatos---acabam por se transformar no pior de todos os vícios. E como a humanidade já sofreu e sofre na mão de inquisidores e “reformadores sociais” de todos os tipos! Aqueles que escondem suas piores perversões sob um fino verniz de virtude! Talvez não seja demais citar o pensador: *“Toda virtude precisa ser humana e dirigida aos seres humanos. Qualquer aparente virtude que se perde nas nuvens volta-se contra os próprios 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 até aceitar um tratamento, mas logo 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 muito 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** (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 ser exageradas também são frequentes. 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 passa a ser: “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 progenitor com traços **anancásticos** importantes que os assediara na infância; esses sim, a partir de exigências exageradas e desumanas. Naquele período de sua vida, a conduta assinalada era muito compreensível, podendo até ser **adaptativa**:

implicando 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. Na vida adulta, é comum a repetição da conduta o que acaba até por produzir assediadores à sua volta. Assim, é comum a formação de “parelhas perversas” em um círculo vicioso de humilhação e agressão continuadas.

Do que vai dito podemos concluir: diante de situações de opressão continuada, contra as quais não temos outros recursos de defesa, condutas **passivo-agressivas** podem ser não somente compreensíveis, mas consideradas até mesmo **adaptativas**. São esses os casos que mais deixam à mostra a impossibilidade de diagnosticar personalidades sem conhecer e levar em conta a história de cada um e as circunstâncias da sua expressão. Por isso mesmo, quaisquer formas de expressão, para que caracterizem T. da Personalidade, precisam ser inflexíveis e desadaptativas, em quase todas as condições habituais da vida. Trabalhei sob um diretor (em H. de Custódia e Tratamento) em relação ao qual nenhuma outra atitude, que não a passividade agressiva, poderia ser efetiva. Muitas outras foram tentadas, inutilmente, pois ele “queria porque queria” impor à vida um modelo que tinha na sua mente, perverso, é claro. Com o tempo, quase todos os funcionários do hospital desenvolveram uma atitude passivo-agressiva para com ele e isso terminou por derrubá-lo do cargo. E como nos ríamos vendo seus arroubos quase apopléticos quando alguma coisa o contrariava! 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 um mar*

revolto”. Olhamo-nos todos com um sentimento de que aquilo não poderia dar certo. E o final da situação pareceu uma “ópera bufa”.

.....

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 Edición. 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

-KAKU, M.- “O Futuro Da Mente”, Roccodigital

-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.

-NORDGAARD, J; Arnfred, SM; Handest P; Parnas, J.. “The Diagnostic Status of First-Rank Symptoms. Schizophrenia Bulletin vol 34 no 1, 2008.

-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.

-PIEIDADE, 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. “Patopsicologia Clínica”. Editorial Paz Montalvo; Madrid 1963.

Spiegel, D.; Loewenstein, R. J.; Lewis-Fernández, R.; Sar, V.; Simeon, D.; Vermetten, E.; Cardena, E.; Dell, P. F. (2011). "[Dissociative disorders in DSM-5](#)" (PDF). *Depression and Anxiety*. **28** (9): 824–852.

-YAGER, J and GITLIN, MJ. "Clinical Manifestations of Psychiatric Disorders", In: KAPLAN, HI and SADOCK, BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore: Williams and Wilkins, 1995.