

*JOAQUIM LOPES ALHO FILHO*

*DELÍRIO E INTUIÇÃO*

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

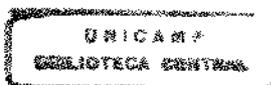
*Campinas*

*2000*

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentado ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, Área de Concentração em Saúde Mental do aluno Joaquim Lopes Alho.  
Campinas, 03 de fevereiro de 2000.

Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos,  
Orientador

*Evandro Gomes de Matos*



**JOAQUIM LOPES ALHO FILHO**

**DELÍRIO E INTUIÇÃO**

*Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas para obtenção do título de  
Doutor em Ciências Médicas, área de Saúde  
Mental.*

***Orientador: Professor Doutor Evandro Gomes de Matos (Unicamp).***

**Campinas**

**2000**

IDADE BC  
CHAMADA:  
F/UNICAMP  
AL39d  
Es.  
INSD 90/ 41248  
DOC. 278/00  
C  D   
RECIBO R\$ 11,00  
ATA 30-06-00  
V. CPB

CM-00143136-4

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

Al39d

Alho Filho, Joaquim Lopes

Delírio e intuição / Joaquim Lopes Alho Filho. Campinas, SP :  
[s.n.], 2000.

Orientador : Evandro Gomes de Matos

Tese ( Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade  
de Ciências Médicas.

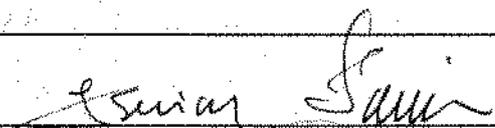
I. Psicopatologia. 2. Distúrbios cognitivos. 3. Distúrbios  
afetivos. 4. Corpo - composição. I. Evandro Gomes de Matos. II.  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.  
III. Título.

# Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos

## Membros:

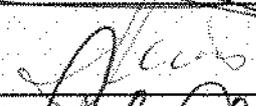
1. PROF. DR. ISAÍAS FERREIRA PAIM



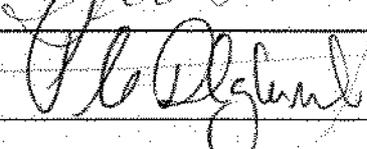
2. PROF. DR. MIGUEL CHALUB



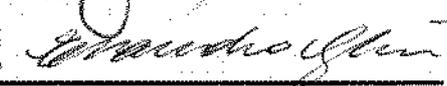
3. PROF. DR. DOBIGNY CAETANO



4. PROF. DR. PAULO DELGHIARRONDO



5. PROF. DR. EVANDRO GOMES DE MATOS



Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, área de concentração em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 03/02/2000

## *AGRADECIMENTOS*

---

Aos Professores Doutores Lindo Fava e Clóvis Araújo Peres, ambos do Departamento de Estatística da Universidade de São Paulo, o melhor dos agradecimentos.

Aos estimados colegas e amigos, Carlos Roldão Vieira, Wolgrand Alves Vilela, Sérgio Hazov Coura, Jaime Souto Lopes (em memória) e aos ex-alunos, Otávio Pimentel César, Walmir Galvão Passos, Ricardo Pinheiro e Rubens Rassi que, direta e indiretamente, participaram das pesquisas, sincero obrigado.

Ao mestre e inspirador Professor Isaías Paim, o reconhecimento e a gratidão.

Ao grande companheiro, colega e orientador Evandro Gomes de Matos, o melhor agradecimento por ter orientado e viabilizado a defesa desta tese na Unicamp.

Aos prezados mestres de Psicopatologia da Unicamp professores Dorgival Caetano e Paulo Dalgalarrodo que, conhecendo esta tese e oferecendo sugestões, tornaram-na menos complexa e mais consistente do ponto de vista qualitativo, o sincero agradecimento.

Ao professor doutor José Antônio Rocha Gontijo, digníssimo Coordenador do Centro de Pós-Graduação da FCM da Unicamp e à sua equipe, nas pessoas das Sras. Cecília, Carmem, Márcia e Mônica, a imensa gratidão do autor.

Esta tese é dedicada às pessoas que participaram desta 'empreitada', particularmente os intuitivos e delirantes, a eles obrigado!

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

*Ao aplicar métodos objetivos e, quando possível, experimentais, não devemos com efeito, perder de vista o sentimento profundo do caráter provisório do conhecimento, mesmo quando ou, talvez sobretudo, científico. A ciência não nos vai fornecer receitas para a solução dos nossos problemas, mas o itinerário de um caminho penoso e difícil, com idas e voltas, ensaios e verificações e revisões, em constante reconstrução, a que não faltará contudo, a unidade de essência, de fins e objetivos (...).*

*Anísio TEIXEIRA (1976)*

## SUMÁRIO

---

	PÁG.
<b>RESUMO</b> .....	<i>i</i>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO 1: Considerações à análise psicopatológica</b> .....	15
1.1. Considerações sobre a psicopatologia.....	16
1.1.1. As estruturas psicopatológicas básicas.....	17
1.1.2. A psicopatologia fenomenológica.....	21
1.1.3. Avaliação fenomenológica do pensamento.....	24
1.1.4. O sistema A.M.D.P.....	30
1.1.5. Intuição e delírio.....	33
1.2. Objetivos.....	37
<b>CAPÍTULO 2: O compreender e o explicar</b> .....	38
<b>CAPÍTULO 3: Delimitação do conceito de delírio</b> .....	51
<b>CAPÍTULO 4: Evolução histórica do conceito de delírio crônico</b> .....	70
<b>CAPÍTULO 5: Definição e conceito de intuição</b> .....	112
<b>CAPÍTULO 6: O delírio: transtorno da intuição</b> .....	132
<b>2. MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	146
2.1. Casuística e observações pessoais.....	147
2.2. Método.....	147
<b>3. RESULTADOS</b> .....	154
3.1. Característica da amostra.....	155
3.2. Resultados qualitativos.....	162

3.2.1. Observações clínicas da amostra geral.....	162
3.2.2. Observações clínicas para estudo transcultural (casos examinados em Lisboa).....	165
3.2.3. Observações clínicas para estudo transcultural (casos examinados em São Paulo).....	174
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>191</b>
4.1. Achados quantitativos.....	191
4.2. Análise dos dados qualitativos.....	193
4.3. Possíveis contribuições desde estudo à luz da psicopatologia fenomenológica.....	196
4.3.1. Observações finais.....	201
<b>5. CONCLUSÕES.....</b>	<b>203</b>
<b>6. SUMMARY.....</b>	<b>205</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>207</b>

## *LISTA DE TABELAS*

---

	PÁG.
<b>Tabela 1:</b> Total de pacientes da amostra.....	155
<b>Tabela 2:</b> Faixa etária dos pacientes da amostra.....	155
<b>Tabela 3:</b> Procedência dos pacientes da amostra.....	156
<b>Tabela 4:</b> Estado civil dos pacientes da amostra.....	157
<b>Tabela 5:</b> Nível de instrução dos pacientes da amostra.....	157
<b>Tabela 6:</b> Profissão dos pacientes da amostra.....	158
<b>Tabela 7:</b> Distribuição dos pacientes da amostra segundo os diagnósticos psiquiátricos (Cid 9a. revisão).....	158
<b>Tabela 8:</b> Distribuição dos pacientes da amostra segundo os diagnósticos específicos em percentuais.....	159
<b>Tabela 9:</b> Distribuição dos pacientes da amostra segundo as perturbações psicopatológicas avaliadas em números absolutos e percentuais.....	160
<b>Tabela 10:</b> Análise das perturbações psicopatológicas mais significativas da amostra relacionadas, em termos percentuais, duas a duas.....	161

## *LISTA DE FIGURAS*

---

	PÁG.
<b>Figura 1:</b> Formas de conhecimento humano.....	3
<b>Figura 2:</b> As funções psíquicas.....	26

## *LISTA DE GRÁFICOS*

---

	PÁG.
<b>Gráfico 1:</b> Idades dos pacientes da amostra.....	156
<b>Gráfico 2:</b> Distribuição numérica dos pacientes da amostra segundo os diagnósticos psiquiátricos.....	159

## PREFÁCIO

Os delírios crônicos sempre representaram um dos problemas fundamentais da psicopatologia e, ao seu estudo, foi dedicada uma atenção toda especial, o que contribuiu de maneira significativa para o desenvolvimento do conhecimento no campo da patologia mental.

Desde épocas imemoriais, os alienistas vêm reunindo uma quantidade considerável de estudos clínicos, encarados sob os mais diferentes aspectos doutrinários, no sentido de esclarecer esse magno problema psicopatológico. Não resta dúvida de que foi JASPERS (1955, 1977) quem nos ofereceu uma das mais importantes contribuições no sentido do esclarecimento do seu mecanismo patogênico. Ao estabelecer a diferenciação entre idéias delirantes autênticas e idéias deliróides, JASPERS instituiu uma distinção importante entre o delírio verdadeiro e as manifestações delirantes fugazes, que surgem com freqüência em transtornos mentais sintomáticos, nas perturbações mentais afetivas e nas psicopatias.

JASPERS (1955, 1977) emprestou uma importância significativa, no seu conceito de delírio primário, à procedência mórbida. Mas, ele próprio, alçou dificuldades consideráveis para a compreensão correta do fenômeno delírio, ao defini-lo como "juízos patologicamente falsos", que se acompanham de uma convicção extraordinária, são ininfluenciáveis pela experiência e revelam uma impossibilidade de conteúdo. Como se poderá explicar, porém, que o enfermo delirante mantenha, ao lado da atividade delirante, a mais perfeita correção na formulação dos demais juízos? Permanece sempre algo no ar, que não pode ser esclarecido.

Por isso, em minha opinião, o delírio primário é uma perturbação da intuição. O enfermo delirante capta realidades em seu ambiente que não foram transmitidas através da percepção sensorial. Trata-se de uma evidência *a priori*, de uma convicção independente da experiência. A perturbação da intuição contribui, aos poucos, para a construção do delírio primário.

O espírito deste trabalho consiste, principalmente, em um confronto com um problema importante da psicopatologia, que permanece praticamente desconhecido e representa também uma tentativa de aclarar o referido problema à luz do método fenomenológico.

Esta proposição: o delírio como captação intuitiva de algo dado de maneira imprevista e impositiva, independentemente da experiência, representa a tese que tentaremos defender.

1. *Introduction*  
2. *Methodology*  
3. *Results*  
4. *Discussion*  
5. *Conclusion*  
6. *References*  
7. *Appendix*  
8. *Tables*  
9. *Figures*  
10. *Summary*  
11. *Abstract*  
12. *Keywords*  
13. *Author Information*  
14. *Contact Details*  
15. *Correspondence*  
16. *Conflict of Interest*  
17. *Acknowledgments*  
18. *Disclaimer*  
19. *Disclaimer*  
20. *Disclaimer*

## ***RESUMO***

Esta tese parte do princípio de que o delírio, na sua acepção mais genuína, é um transtorno que antecede à formação dos juízos, conforme preconizava JASPERS (1955). Isto que antecede a capacidade de julgar se passaria na esfera intuitiva. É, pois, a intuição quem representa a perturbação fundamental que estabelece e consolida o delírio, modelado pela afetividade.

O termo intuição é aqui empregado no sentido de caracterizar um tipo de conhecimento primário, não vinculado à percepção sensorial. Trata-se de uma convicção independente da experiência.

Foram feitas análises quantitativas de 146 pacientes delirantes e não delirantes, através do AMDP (escala de avaliação psicopatológica), para, em termos comparativos e com método específico, tentar analisar as relações entre delírio e intuição. Além disso, analisou-se em profundidade, com metodologia clínico-qualitativa, 20 casos de pacientes delirantes (5 de Portugal e 15 do Brasil) para análise psicopatológica e transcultural do delírio.

Por meio do presente estudo, o autor sugere que o delírio primário possa corresponder a alterações da intuição em seu estado puro e em sentido estrito.

Assim, esta tese sugere que o papel determinante psicopatológico principal no delírio é a alteração da capacidade de intuição e que o mesmo não revela diferenças marcantes do ponto de vista transcultural.

# ***1. INTRODUÇÃO***

Esta tese nasceu em uma época e sob a influência de alguns mestres psiquiatras. Os professores BARAHONA FERNANDES (1975-1985) e Isaías PAIM (1972, 1990, 1993), além do Dr. Manuel Paes de SOUSA (1975-1995), são os principais responsáveis. A época, final da década de 70 e início dos anos 80, em grande voga os trabalhos com psicofármacos e escalas de avaliação psicopatológicas. Foi decorrente disto a escolha inicial do tema, o desenvolvimento de escala para a avaliação do delírio.

No início, pretendia-se avaliar quantitativamente o delírio, tarefa abandonada no decorrer do tempo, por se mostrar inexequível a curto prazo. O grande desafio seria transformar a qualidade pensar em uma quantidade expressa em números, ou seja, a alteração do pensamento poder ser representada por algarismos e de maneira escalonada. Em outras palavras, seria necessário organizar uma forma de se poder avaliar o quanto delirante um indivíduo estivesse. Imaginaram-se várias formas de superar a maior dificuldade, ou seja, transformar algo qualitativo (a qualidade delirar - perturbação dos juízos) em algo mensurável quantitativamente (muito ou pouco delirante). Entre estas formas, pensou-se que seria possível estabelecer o número de idéias delirantes por paciente, ou então, de que maneira as idéias delirantes, ou mesmo uma única idéia, poderiam interferir na vida de determinado doente. A solução parcial foi sugerida pelo professor BARAHONA FERNANDES (1975-1985): usar a sua própria escala de avaliação de Estruturas Psicopatológicas Básicas, extremamente abrangente e com capacidade de avaliação sincrônica e diacrônica, valorizando desde o diagnóstico momentâneo até a evolução ou desenvolvimento do paciente no presente episódio. A diversidade dos dados foi imensa e a escala não pôde ser usada, conforme o desejado.

No entanto, surgiu, com a observação dos vários pacientes delirantes no decorrer deste trabalho, um fato intrigante: a grande parte dos doentes examinados apresentava, precedendo o delírio, um sentimento difuso, inespecífico, muitas vezes desagradável, já relacionado com sua própria pessoa, de que alguma coisa diferente se passava. Era algo puramente intuído. Seria, pois, o delírio uma perturbação desta capacidade de intuir?

Situação semelhante foi descrita anteriormente em relação à epilepsia; falava-se muito na ‘aura epiléptica’, ou seja, o momento precedente da crise, em que os doentes apresentavam sintomas psíquicos (alucinatórios, afetivos, mesmo delirantes) e físicos (movimentos estereotipados, crises oculóginas e outros). Atualmente, sabe-se que as chamadas ‘auras’ já são as crises epiléticas em suas formas iniciais, razão pela qual o termo aura caiu em desuso (VAN BUREN, 1963; PALHA, 1985).

Em psicopatologia, a intuição não ficou esquecida. JASPERS (1955, 1977), em seus estudos e publicações fenomenológicos, descreveu a chamada intuição delirante, definida como convicção delirante imediata, sem suporte perceptivo de um sentimento, de uma idéia ou de um fato. É também chamada ocorrência delirante e tida como uma evidência, revelação independente de qualquer dedução e de qualquer dado sensorial.

Nas avaliações realizadas para esta tese, a intuição passa a ser analisada pelo quadro geral da gnosiologia ou teoria do conhecimento (BAZARIAN, 1986; BUNGE, 1962; HESSEN, 1968; PAIM, 1972). As origens do conhecimento (ou do próprio psiquismo) seriam os sentidos, a razão e a intuição, aos quais correspondem três espécies de conhecimento, cada qual com três formas principais (de conhecimento), ou seja:

Espécies de conhecimento:	Formas de conhecimento:
1-Empírico ou sensível	1.1-sensação
Conhecimento direto através dos órgãos sensoriais	1.2-percepção
	1.3-representação
2-Racional ou abstrato	2.1-conceito
Conhecimento indireto através do intelecto ou da razão (pensamento)	2.2-juízo
	2.3-raciocínio
3-Intuitivo e/ou criativo	3.1-intuição empírica
Conhecimento direto através dos sentidos e do intelecto	3.2. intuição racional
	3.3. intuição criativa

**Figura 1:** Formas de conhecimento humano

Por esta forma de ver o fenômeno (delírio), se demonstrado nas observações realizadas, significativamente frequentes e, precedendo ou sucedendo o conhecimento racional ou abstrato, terá que se admitir, já que este tipo de fenômeno não estaria também relacionado com o conhecimento empírico ou sensível, que o delírio somente poderá ser uma perturbação intuitiva e/ou criativa.

POPPER (1972, 1977) diz que a validade de uma hipótese científica decorre do confronto com uma contra-hipótese igualmente lógica. Neste sentido, foi usado como parâmetro desta contra-hipótese o conceito fenomenológico jasperiano de que o delírio seria alteração da capacidade de julgamento, ou seja, do juízo (conhecimento racional ou abstrato).

Como resultado desses estudos, e por sugestão do próprio professor BARAHONA (1975-1985), foi mudado o referencial desta tese. De: “desenvolvimento de uma escala de avaliação quantitativa do delirar” rumou-se para “O delírio - transtorno da intuição”.

Em geral, os autores que escrevem sobre intuição, tratam-na, ou apenas como fonte de conhecimento direto, ou como método de conhecimento imediato, contraposto ao discursivo. A maioria absoluta aceita a intuição como forma de conhecimento direto, segundo o objeto captado (existências, essências, valores etc.).

Ainda alguns consideram o conhecimento intuitivo como algo instintivo, mais próprio do homem primitivo (BERGSON, 1966 b; MARTINS, 1957); outros o consideram como forma superior de conhecimento, acima do racional (SPINOZA, 1979). Outros propõem a existência de uma intuição mística ou religiosa que captaria as “verdades” religiosas (tais como a essência e existência de seres absolutos intemporais, sobrenaturais, etc.).

O único ponto comum entre todos os conceitos sobre a intuição é a constatação de que a intuição é uma forma de conhecimento direto, imediato, sem intermediação do raciocínio (BAHAM, 1960).

Na História da Filosofia, a intuição vem sendo estudada há muito tempo. Juntamente com o conhecimento intuitivo, teve muitos adeptos desde PLATÃO (1979) até hoje. A maioria das escolas filosóficas contemporâneas é intuicionista, no sentido de que considera a intuição como 'capacidade' superior de conhecimento, gerando, direta e imediatamente, a verdade absoluta.

Entre as correntes intuicionistas, podemos destacar: O Neotomismo, doutrina filosófica oficial da Igreja Católica; o Intuicionismo, do filósofo francês Henry BERGSON (1859-1941) (1966 a, b); a Fenomenologia (LEVINAS, 1930), do filósofo alemão Edmund HUSSERL (1859-1938) (1969, 80, 86), e o Existencialismo, do filósofo alemão Martin HEIDEGGER (1889-1977) (1979).

Somente poucas correntes filosóficas atuais não são intuicionistas no sentido descrito, entre elas: O Neopositivismo, o Pragmatismo e o Marxismo, embora não neguem a intuição como espécie natural de conhecimento.

Estudos recentes têm sugerido como componentes-chave da intuição, conhecimentos e experiências existentes "dentro" das pessoas. (WESTCOTT, 1985, 1988). Além desta posição, define intuição como: "a capacidade de se obter conclusões exatas com informações limitadas".

BAZARIAN (1986) analisa a intuição como processo cognitivo e independente dos objetos captados, assim distinguindo duas formas de intuição intelectual:

1ª) Intuição racional - Seria o conhecimento direto que faz captar, sem dúvida nenhuma, a clareza de uma idéia ou a verdade de um fato ou de uma relação entre os objetos do conhecimento.

2ª) Intuição criativa ou heurística - Seria o conhecimento direto que faz os indivíduos descobrirem, ou criarem algo de novo, pressentir a verdade, ou adivinhar a solução de um problema.

Vários filósofos contemporâneos contrapõem a intuição à lógica, o método intuitivo ao discursivo, considerando, às vezes, a intuição como superior à lógica, como uma faculdade ou capacidade supra-racional e, alguns, até irracional ou sobrenatural (TCHUEIVA, 1963; IVANKO, 1965; PONOMARYOV, 1967).

Esta tese acompanha a concepção descrita por BAZARIAN (1986) de que: "A intuição se manifesta quando a lógica existente não está em condições de encontrar a solução. A intuição penetra no íntimo das coisas e capta sua lógica interna, a lógica da realidade. O novo conhecimento, descoberto pela intuição, vem enriquecer os conhecimentos já existentes, vem alargar os horizontes e os limites da lógica existente. (...) no fundo, a intuição é tão lógica como a própria lógica existente, pois ambas são reflexos da realidade objetiva".

Diz ainda: "O papel da intuição é o de antecipar ao raciocínio, ao pensamento discursivo. Como regra, a intuição dá somente o germe da descoberta, que depois precisa ser trabalhado pelo pensamento lógico. (...) No processo do conhecimento, na solução de um problema qualquer de ordem teórica ou prática, intuição e lógica participam igualmente, revezam-se em todos os momentos.(...) Assim, intuição e lógica (método intuitivo e método discursivo), não devem ser contrapostas como antagônicas, nem consideradas uma superior à outra. Intuição e lógica se completam".

Ao se buscarem instrumentos para estudos e pesquisas desta tese, encontraram-se, pelo caminho, as concepções e os métodos fenomenológicos. O trabalho pretendia ser uma contribuição ao conhecimento da psicopatologia e, como tal, científico. Embora possa parecer óbvio o que seja ciência, em psiquiatria e, particularmente, na psicopatologia, isto deve ser lembrado e acentuado.

GRANGER (1994), em recente publicação estabelece três traços característicos da visão científica. Admite existirem alguns métodos científicos, mas apenas um tipo de visão propriamente científica. Estes três traços, por si, já revelam a unidade da ciência:

Primeiramente, a ciência 'é visão de uma realidade'. Certamente, diz ele, a ciência é uma representação abstrata, mas se apresenta, com razão, como representação do real. (...) O poder imaginativo exerce-se na produção de conceitos que devem sempre estar orientados para a descrição ou para a organização dos dados que resistem às fantasias de quem os faz.

O segundo traço, manifesta o autor, é que a ciência visa a objetos para descrever e explicar, e não diretamente para agir. O primeiro resultado desta visão é a satisfação de compreender e, de modo algum, agir.

O último e terceiro traço de uma visão científica do conhecimento é a preocupação constante com critérios de validação. Um saber acerca da experiência só é científico se contiver indicações, sobre a maneira como foi obtido, suficientes para que as suas condições possam ser reproduzidas. Em última análise, a verificação de um fato científico depende, pois, de uma interpretação, mas de uma interpretação ordenada, no interior de uma teoria explícita.

Não desprezando as várias outras metodologias (CERVO & BERVIAN, 1983) e instrumentos de pesquisa científica, tanto o método fenomenológico como a fenomenologia clínica, pela sua própria origem, comportam estes três traços da metodologia científica, aplicados aos estudos psicopatológicos, os quais o autor desta tese estava habituado e capacitado a empregar.

É BARTHES (1964) quem afirma que "o objetivo de toda atividade estruturalista, seja ela reflexiva ou poética, é reconstituir um 'objeto', de maneira a manifestar nessa constituição as regras de funcionamento (as funções) desse objeto". RAMOS (1974) complementa: "Estruturalismo e fenomenologia, apesar de conceitos tão diversificados, apresentam um objetivo comum, entre outros pontos de afinidade que possam ter: o levantamento de significações através da atividade constitutiva, tendo como fundamento o próprio objeto, pelo menos enquanto este é passível de fazer face a uma atitude da consciência, o que não lhe tira o caráter de realidade".

Aqui, o que interessa é principalmente o caráter descritivo da fenomenologia, e ficará nitidamente marcado pelo próprio desenvolvimento deste trabalho. Neste sentido, acompanha outros autores que se valem do método fenomenológico.

Há quem critique esta metodologia, sugerindo que, mesmo a descrição mais objetiva, pode envolver uma ameaça de 'mistificação'. Isso porque, segundo RAMOS (1974), a realidade de um trabalho ou de uma obra não é um valor absoluto nem para o

próprio autor, que se transforma em leitor no momento em que a obra se conclui. Tal realidade metafísica é inacessível ao crítico, que só pode chegar à obra através da experiência e, portanto através do simulacro. O que se deve evitar, entretanto, é que essa imagem seja arbitrária e multiforme, produto das impressões subjetivas do crítico mais que resultado da aferição objetiva dos elementos intrínsecos do trabalho.

Para chegar a essa aferição é que se faz necessário o método. Centrado neste método fenomenológico, JASPERS (1955, 1977) tomou a HUSSERL (1986) os elementos, para tornar possível a gradativa evidenciação da estrutura dos achados psicopatológicos.

Em 1978, POLÓNIO (1978) assim se refere à fenomenologia: "O conhecimento rigoroso da fenomenologia dos sintomas psiquiátricos, o poder de reduzi-los à sua estrutura básica, é um dos métodos mais seguros de encontrar o bom caminho, como o mostram os progressos da neurofisiologia".

Partindo deste método de radical fundamentação, procurou-se investigar o modo de ser do delírio na psicopatologia.

Para INGARDEN (1960), o caráter metodológico da fenomenologia reveste-se de duas modalidades: em primeiro lugar, a fenomenologia é um método de evidenciação; e, em segundo lugar, é um método descritivo e rigorosamente analítico. Neste último sentido é que teve ampla aceitação, e foi adotado por muitos filósofos e pesquisadores.

Como exemplo, é citado WESTCOTT (1985, 1988), que, na introdução do seu "The Psychology of Human Freedom - A Human Science Perspective and Critique", admite: "falar fenomenologia com forte pronúncia comportamentalista (behaviouristic accent)". Nesta mesma publicação, apresenta bibliografia e trabalhos em que a fenomenologia é usada para padronizar situações experimentais em laboratórios (COLAIZZI, 1971, 1978) e para sistematizar, através da fenomenologia clínica, os dados autobiográficos (PARMENTER, 1980). Em Português, VAZ SERRA (1972, 1982), sintetizou e reviu os postulados comportamentalistas referentes ao ciúme mórbido (delírio), sem negar as contribuições da fenomenologia (BRACINHA VIEIRA, 1984).

Estudos mais recentes foram publicados na revista "The Psychiatric Clinics of North America" - (SIEVER, 1993). Em artigo sobre 'as fronteiras da esquizofrenia', os autores citados descrevem de maneira clara, a variedade de domínios em que a esquizofrenia é estudada, entre elas: a fenomenologia, a genética, a psicologia, a neuropsicologia, a psicofisiologia, a neuroquímica, as imagens (tomografias etc.), as respostas aos tratamentos (psicofarmacológicos e outros), as relações com perturbações de personalidade. Acrescente-se aqui a neurofisiologia (McKENNA, 1991). Neste sentido, a fenomenologia mantém a posição de contribuir, de alguma maneira, com o estudo de uma das patologias mais importantes da psiquiatria, conservando o seu estatuto de científica (MUNRO, 1991).

Ainda mais, desde o surgimento, na década de 70, do AMDP (sistema de documentação e quantificação em psicopatologia), amplamente utilizado e traduzido para vários idiomas em muitos países, que o método fenomenológico e a fenomenologia clínica se consolidaram como científicos e dentro da pesquisa psicopatológica. A base deste sistema, na escala psicopatológica, é a psicopatologia jasperiana e o método utilizado é a descrição fenomenológica dos sintomas. Esta escala foi o instrumento fundamental desta tese.

Qual seria a utilidade para a psiquiatria, ou mesmo para os conhecimentos sistematizados da chamada 'saúde mental', de se estudar o delírio à luz da fenomenologia? Nunca o autor se fez esta pergunta, em função, para ele, da obviedade da resposta; no entanto, parece que esta indagação se coloca na medida em que a psiquiatria lida com questões ainda não muito bem estabelecidas quanto a etiologia das doenças mentais. Acrescente-se, a isso, uma série de outros fatores relacionados com várias áreas do saber, incluindo desde a psicologia social e comportamental, até a epidemiologia, as neurociências, a endocrinologia etc.

Cada uma dessas áreas tem metodologia própria, nem sempre se vale dos mesmos métodos ou apresenta os mesmos objetivos da psiquiatria e da psicopatologia.

Neste sentido FRALETTI (1980/81) diz: "Só os valores (humanos) podem permitir uma avaliação exata sobre o homem, já que são eles os responsáveis pelas diferenças mais apuradas e elevadas entre os seres humanos (...)".

Atualmente, o diagnóstico psiquiátrico ainda é elaborado através dos sinais e sintomas psicopatológicos. A este respeito o professor VAZ SERRA (1982) afirma: "a sintomatologia é o resultado final do produto de um conjunto de 'fatores variáveis' em íntima ligação com a 'doença'". Não seria exagero comparar a psicopatologia à "propedêutica psiquiátrica", muito embora esta tese considere a própria psicopatologia como *ciência autônoma*. Ela mesma tem os traços definidos acima para fazer parte da ciência, e é auxiliar de diagnóstico que é utilizado numa vasta área de saberes. Vários profissionais de outras especialidades, que não a psiquiatria, se valem do diagnóstico psicopatológico. Psiquiatria e psicopatologia não devem ser confundidas.

Esta tese é de psicopatologia. Visa esclarecer, de forma mais exata possível, os achados psicopatológicos, funcionando, como auxiliar, no estabelecimento do diagnóstico psiquiátrico ou para qualquer outra área do conhecimento sistematizado. A psicopatologia tem, para isto, objetivo, metodologia e possibilidade de avaliação próprios.

No caso do delírio, até agora é avaliado como distúrbio do pensamento, mais especificamente da capacidade de julgar (juízos). No entanto, levantou-se a hipótese e foi concluído, através dos achados, poder estar em outra esfera do psiquismo, chamada de intuitiva. O que até agora era chamado de perturbação cognitiva ainda permanece, porém poderia ter seu eixo deslocado para um início insidioso e afetivo. Evidentemente, se isto for comprovado, várias formas de delírio teriam seu tratamento centrados na afetividade. Esta, para o autor, seria uma das utilidades desta tese e suficiente para justificar a sua elaboração.

Outra dúvida, muito possível, concernente aos conceitos aqui emitidos, é quanto ao que se pensa sobre delírio, esquizofrenia, paranóia e paranóide. Somente a distinção entre estes conceitos serviria, em si, como uma tese. Contudo, uma diferenciação simplificada se faz necessária, tendo em vista que estes termos se prestam a confusões, até mesmo entre profissionais experimentados, pelo fato de serem oriundos de 'escolas' psiquiátricas diversas.

Assim, delírio é definido como "erro de apreciação da realidade, de origem mórbida, que surge como uma evidência *a priori* (convicção independente da experiência), mesmo quando está em contradição com o real comum, com as opiniões e crenças coletivas" (SOUSA, 1985; BUCHANAN, 1993 a, b). É um sintoma psicopatológico.

Esquizofrenia (psicose esquizofrênica) é definida como psicose em que ocorre um distúrbio fundamental da personalidade, com alterações características do pensamento, percepção, humor e conduta. O diagnóstico não deve ser feito sem que ocorram ou tenham sido evidentes, durante a mesma doença, sintomas ao menos em duas dessas áreas (Classificação internacional de doenças - C.I.D.-9ª Rev., 1979 - I.C.D.-9th Rev., 1978). É uma síndrome (doença) psiquiátrica. Portanto, existem quadros esquizofrênicos não delirantes.

Paranóia, definida como psicose crônica rara, na qual idéias delirantes sistematizadas, construídas logicamente, se desenvolveram gradualmente, sem a presença de alucinações concomitantes ou de transtornos do pensamento de tipo esquizofrênico. As idéias delirantes são, principalmente, de grandeza, de perseguição ou de anormalidade somática (Classificação internacional de doenças - C.I.D.-9ª Rev., 1979 - I.C.D.-9th Rev., 1978). É também uma síndrome psiquiátrica; atualmente, acredita-se ser uma forma de manifestação da própria esquizofrenia.

Paranóide: Atualmente, diz-se 'paranóide/paranóico' o paciente ou vítima de delírio (delusão). Em países de língua inglesa é sinônimo de persecutório. Idéia paranóide é um delírio e os adjetivos 'persecutório', 'grandioso', 'religioso', assim por diante, podem ser usados para qualificá-la, equivalendo, neste caso, a: 'delírio de perseguição', 'delírio de grandeza', 'delírio místico' etc. Seu emprego não se restringe às doenças esquizofrênicas (ARNOLD, EYSENCK, MEILI, 1982; BROOKER, 1982).

O tema desta tese foi o delírio, sintoma psicopatológico. Trabalhos encontrados em bibliografia recente referem-se, de maneira equivocada, à esquizofrenia como sinônimo de delírio. Mesmo a paranóia, ou o paranóide, apresentam equívocos, sendo que este último, quando em inglês (paranoid), tem o mesmo significado de persecutório (persecutory).

É possível que um trabalho como este que ora se apresenta, tenha de ser justificado, pois limitou-se a estudar apenas um único sintoma psicopatológico, o delírio, quando, na realidade, os quadros clínicos, em psiquiatria, são extremamente ricos em alterações, tanto do psiquismo quanto dos comportamentos e, particularmente, das relações interpessoais.

Em excelente tese apresentada na Faculdade de Medicina de Lisboa, a Dra. Luísa FIGUEIRA (1984) aborda, em estudo experimental, "as relações interpessoais na esquizofrenia paranóide". Neste trabalho, a autora praticamente esgota o assunto referente às relações entre o diagnóstico psicopatológico e o diagnóstico interpessoal. Em determinado momento de seu estudo, refere-se às perturbações afetivas dos esquizofrênicos nas relações interpessoais. Diz ela: "O número e a variedade qualitativa das respostas ou das interações possíveis, e os seus múltiplos determinantes, transformam qualquer tentativa para a sua caracterização empírica ou tipológica num problema metodológico considerável". Em seguida, ao fazer auto-análise do trabalho, à luz do ponto de vista clínico fenomenológico assim se refere: "Se considerarmos apenas os sintomas, mesmo descritos fenomenologicamente, sem a consideração do 'ser-para', do ser existencial, tal como fizemos na descrição das perturbações na relação interpessoal da esquizofrenia, colocamo-nos numa situação de manifesta insuficiência para deduzir a patologia do 'encontro' existencial. O ponto de partida teria de ser uma análise estrutural, fenomenológico-existencial da relação entre o médico e o doente, isto é, do encontro com a pessoa 'esquizofrênica'". Antes, porém, alertava desta maneira, a análise dos dados: "A soma de fatos ou o estabelecimento de qualquer outro tipo de relação operacional, é um procedimento não redutível à redução fenomênica, embora também permita o retirar de certas 'essências' de uma realidade que se apresenta complexa". Em outro momento, assim se refere a autora aos dados fenomenológicos: "Se dispusermos de um conjunto de dados fenomenológicos, então será possível voltar ao mundo natural, recolher novos dados e tratá-los com métodos derivados das ciências exatas".

O autor tomou a liberdade de fazer dele estas palavras.

Sem dúvida, ao iniciar-se este trabalho, a idéia seria desenvolver escala de avaliação do delírio nesta perspectiva, mas, com o número de dados a serem captados, tornou-se impossível naquele momento.

A opção tornou-se clara: não se estudariam as síndromes. A atenção voltou-se para o sintoma (delírio) e o método seria o fenomenológico analítico ou descritivo.

Não foram, entretanto, negligenciados os extensos conhecimentos, alguns recentes, sobre as relações entre os diagnósticos psicopatológico e interpessoal.

Valeu-se, mais uma vez, o autor, dos profundos conhecimentos da autora citada, e discutidos em sua tese, para manifestar a absoluta impossibilidade de fazer qualquer tipo de trabalho, neste sentido, com o material coligido durante muitos anos sob a orientação do professor BARAHONA FERNANDES (1975-1985).

Mesmo após analisar as concepções de LEARY (1957), no sentido de redefinir, operacionalmente, os diagnósticos psicopatológicos em termos de fatores interpessoais, até os trabalhos clássicos de dissociabilização das relações interpessoais na comunicação social de CAMERON & MARGARET (1951), da distorção do sistema interpessoal na teoria de SULLIVAN (1953), da teoria integrativa de ARIETI (1965, 1974) interpretando a dissociabilização na esquizofrenia como sendo comportamento de retirada, não foi possível avançar neste campo.

Em outro estudo FIGUEIRA (1984) refere: "Estes indicadores de adaptação social, revelaram-se com poder diagnóstico comparável ao dos sintomas clínicos. Possibilitaram uma ordenação dos grupos de diagnóstico num gradiente de patologia ou de desadaptação social". O trabalho, dentro destas perspectivas, válido, atual, no entanto oneroso por vezes, exigindo equipe própria e treinada para isto, além de recursos materiais específicos, tornou-se inviável na situação presente.

O uso da fenomenologia é possível e válido. Nos próprios trabalhos descritos a escala AMDP, de base fenomenológica, foi usada, o que, de certa maneira, corrobora a presente tese.

Finalmente, não seria aqui e ainda o momento de uma abordagem neuro-psico-fisiológica do delírio. Os vários trabalhos consultados sobre o tema (BENSON & STUSS, 1990; JAVITT & ZUKIN, 1991; LAUTERBACH, 1991; DE LEON, ANTELO, SIMPSON, 1992; POPPER & ECCLES, 1992; ROBERTS, 1992; ROGERS & FRANZEN, 1992; SIEVER, 1993), em geral referem-se a quadros nosológicos complexos, tipo esquizofrenias e outros (KANT, 1941). Seria praticamente impossível e artificial qualquer estudo ou

citação, considerada definitiva, neste sentido, pois, a maioria delas estaria 'contaminada' por outros sintomas psíquicos ou comportamentais. A contribuição que esta tese pretende dar é puramente sintomatológica em relação ao delírio e, como tal, deve ser entendida.

***CAPÍTULO 1***  
***CONTRIBUIÇÕES À ANÁLISE***  
***PSICOPATOLÓGICA***

## 1.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE A PSICOPATOLOGIA

"A realidade fenomênica que acontece no Homem doente é múltipla e complexa. Cabe à Ciência formulá-la de forma racional, com conceitos claros, integrando os dados fatuais em explicações teóricas coerentes". Assim, BARAHONA FERNANDES (1969) inicia capítulo sobre "O modelo da personalidade em situação" em Medicina Humana. Continua ele: "A patologia mental desenvolve-se, em larga medida, dentro de categorias diversas das ciências naturais muito principalmente na psicopatologia e na fenomenologia que utilizam o "método compreensivo", não propriamente causal (...). O que se trata é de formular esses dados de maneira rigorosa, situando-os na relatividade do seu peso etiopatogênico e do seu real pluralismo fenomenológico". Dentro desta perspectiva, foi iniciada a busca para formular, de maneira mais rigorosa possível, a casuística e metodologia deste trabalho. A fenomenologia de HUSSERL (1969, 1980, 1986) e JASPERS (1955, 1977) foi a inspiração e filosofia de base. As teorias de BARAHONA FERNANDES (1957, 1959a e b, 1963, 1966, 1969, 1973, 1974a e b, 1978a e b, 1979, 1980 e 1988) e PAIM (1972, 1973-1999, 1990, 1993) os pilares a sustentar as definições e conceitos emitidos.

O estudo descritivo dos fenômenos psíquicos anormais, exatamente como se apresentam à experiência imediata, é, segundo PAIM (1990), o objeto da Psicopatologia. Difere, entretanto, do tipo de descrição coerente e completa e, em termos o mais simples possível, adotada pelas ciências naturais. Isto porque o psicopatologista concentra sua atenção naquilo que constitui a experiência vivida pelos enfermos. Neste sentido, podemos afirmar que os conceitos psicopatológicos aqui emitidos são chamados de "empíricos", no sentido de que a experiência é o fundamento do conhecimento, como também, no dizer de PAIM (1990), pela exigência de que a "praxis" é o único critério da verdade do conhecimento científico. As definições, os conceitos, os pacientes examinados, as tabelas, tudo foi produto da experiência e, ou orientação pessoal dos referidos professores, passadas ao autor para caminhar com suas idéias e trabalho. Avançou-se com isto e foram examinados pessoalmente todos os pacientes aqui citados no decorrer dos anos em que foi preparada esta tese.

A quase totalidade dos pacientes da amostra foi vista e muitas vezes acompanhada dentro de hospitais psiquiátricos, coincidentemente mesmo local onde a Psicopatologia surgiu e foi, aos poucos, ganhando autonomia. Hoje, esta mesma psicopatologia ultrapassou os muros dos antigos asilos de alienados e tornou-se - "Ciência Independente da Psiquiatria". É, para alguns autores, sobretudo uma ciência pura, no sentido de que, em si mesma, não visa fins práticos. Presta ou poderia prestar indispensável colaboração aos psiquiatras, psicólogos, sociólogos, neurologistas, endocrinologistas e, poder-se-ia dizer, a todos os grupos das outras ciências ou especialidades profissionais em geral.

### **1.1.1. As estruturas psicopatológicas básicas (BARAHONA FERNANDES, 1959)**

Durante vários anos, Barahona Fernandes desenvolveu, apoiado em variados estudos e em numerosas investigações clínicas, uma Teoria Estrutural da Personalidade. A idéia inicial surgiu do seu ponto de vista convergente, formulado em 1935. Esta teoria determina uma concepção do Homem, a partir da qual será possível em seguida propor "O Modelo da Personalidade em Situação", cuja pretensão, à época, era tão somente ser um 'modelo' heurístico e ordenador.

Define Personalidade como sendo uma complexa organização estrutural, cuja textura não se pode separar da situação ambiental em que se encontra o indivíduo.

Segundo suas próprias palavras, assim descreve a composição estrutural da Personalidade em Situação:(...)"Os diferentes sistemas se dispõem num todo centrado sobre o núcleo do 'Proprium' (incluindo o Eu) e mergulham nos diferentes modos de se apresentar a situação ambiental, desde as condições físicas, químicas e biológicas, do contexto social e cultural, sem esquecer as relações humanas e o 'Mundo do Saber e da Técnica'. A composição da Personalidade, por seu turno, evidencia como as diferentes estruturas se dispõem em instâncias hierarquizadas desde o organismo e a corporalidade até às camadas 'superiores' do caráter, inteligência e espírito pessoal, assentes estes últimos no fundo endotímico-vital, como base da organização propriamente anímica da Personalidade,

inserindo-se sobre o fundo da vigilância, sobre a qual se organiza, em cada momento, a consciência, como corte transversal da vida psíquica atual. Numa posição central, o 'proprium', por último globaliza o conjunto - no curso do tempo, da história biográfica pessoal - mercê da 'reatibilidade dinâmica' aos encontros pessoais e aos acontecimentos exteriores, enriquecido ainda pela aprendizagem dos saberes e das técnicas. Este se processa, por seu turno, na base da maturação do organismo e da evolução biológica. Sobre este conjunto, constitui-se o 'Espírito Pessoal', por aculturação dos valores e normas da sociedade e auto-realização de si mesmo. Assim fica esboçado o modelo nas suas linhas gerais". Estas seriam também as estruturas psicopatológicas básicas.

Em última análise o professor Barahona pretendia, de maneira muito simplificada, acompanhar o progresso e a trajetória do conhecimento científico, pelo menos no seu aspecto formal, tal seja: 1) alcançar novos dados de observação com maior exatidão; 2) formular esses dados em conceitos rigorosos e não ambíguos; 3) avaliar as correlações desses dados, em base empírica (quer dizer pela observação do real), comprovando a sua exatidão em séries de observações repetidas e controladas; 4) explicar esses dados fatuais e as suas correlações por leis ou teorias parciais adequadas e 5) conceber 'modelos teóricos' para o conjunto até que se possa formular uma teoria generalizada.

Sobre o delírio e em comparação ao seu modelo, assim se refere BARAHONA FERNANDES (1959): "A percepção delirante não pode ser mais descrita como uma 'alteração do pensamento' - de forma atomística, embora negada como tal - mas como um dos componentes de um síndrome mais vasto, do gênero da 'apofania' de CONRAD (1963), dizendo respeito às funções centrais da personalidade, às relações do 'Proprium' com outras estruturas e com o mundo, alteradas na sua configuração perceptiva, quer dizer, desintegradas de forma peculiar ('delirante')".

Sobre o diagnóstico é fundamental a seguinte citação: "Uma vez descritos os sintomas vivenciados, a expressão e o comportamento do doente (completados com os dados da sua eficiência geral e dos testes e outros métodos auxiliares de observação), caminhamos para o primeiro passo do diagnóstico, discriminando o seu agrupamento em acervo de sintomas ou síndromes (num mesmo doente pode-se manifestar vários sintomas, mais ou menos correlacionados), os quais se encadeiam em seqüências ou 'melodias' sindromais,

evolucionando em tipos clínicos e agrupando-se, conforme a sua etiopatogenia, em grupos nosológicos(...). A delimitação dos síndromes tem grande interesse - além da clínica, para a psicopatologia geral". E na seqüência: "Notemos expressamente que, em Psicopatologia clínica, antes de 'interpretar' é necessário descrever rigorosamente os fenômenos e referi-los a conceitos adequados".

Ainda sobre o delírio, tema proposto, continua o professor BARAHONA (1959, 1969): "O verbo 'delirar' tem sido menos usado na linguagem psiquiátrica portuguesa ('está a delirar' é dito comum - mais com o sentido de *delirium* (estado confusional delirante) mas também literariamente, como feição exaltada e apaixonada de certas falas e atitudes, ou, já por influência da psicopatologia, exprimindo o caráter empolado, tenaz e convicto de certas asserções (...). Pensamos que o problema se poderá esclarecer se em vez do mero substantivo o 'delírio', ou do adjetivo deliróide ou deliriforme utilizarmos o termo 'delirar' como atividade e produção pelo 'próprio' de juízos, apreciações, idéias, valorizações, convicções etc., com caracteres semelhantes aos que se atribuem geralmente aos atos que ocorrem na base do sintoma 'delírio'(...). Propomos uso do delirar genérico com diversas configurações, nos seus extremos: 1) o 'delirar confuso' das desintegrações da vigilância e 2) o 'delirar lúcido' da 'paranóia' (organização crônica de estruturas evolutivo-reativas lógico sistemáticas a partir de desintegrações e de vivências delirantes primordiais ou de alterações 'reativas' ou 'situativas' a 'vivências chave' estruturantes de certas evoluções paranóicas)".

O delirar, para BARAHONA (1969), incluía (entre síndromes e tipos clínicos), desde o 'delírio criativo' até os delírios de prejuízo senil, parafrenias, outras síndromes paranóides do climatério, involuções de base orgânica (senis, arterioescleróticas etc.), passando por desvarios, personalidades sensitivas, fanáticas, paranóides, querelantes, hipertímicas, desenvolvimentos reativos com feições paranóicas, delírio induzido, formações deliriformes em oligofrênicos, reações deliriformes situacionais reativas, síndromes distímicos paranóides, síndromes depressivos paranóides, síndromes confusionais delirantes etc..

O foco do interesse de B. FERNANDES (1969, 1979) está na problemática psicopatológica e, na impossibilidade de ampliar muito o tema e a discussão, acentua o seguinte: 1º) que o delírio é uma 'forma geral' associada, com frequência, a outras formas de se perturbar a personalidade. Forma esta que evolui em um *continuum* de vivências, condutas, atitudes, posições, etc., entre a psicopatologia e a média normal; 2º) que referir estas perturbações, como era clássico, aos processos 'ideativos' dava azo a infundáveis controvérsias.

Recordemos apenas como BLEULER (1950) realçou o papel da afetividade nas formações delirantes. Até hoje não 'resolvido'.

Esta e outras perspectivas levaram-no a encarar toda esta fenomenologia no 'pano de fundo' da organização global da personalidade em situação.

Em 1980, BARAHONA FERNANDES (1980, 1988), assentado em sua teoria do 'modelo de personalidade em situação e nas estruturas psicopatológicas básicas', ambos descritos anteriormente, desenvolveu ordenação por gradientes de perturbação e apresenta proposta de sua 'avaliação psicopatológica quantificada' (SIMÕES, 1992).

Assim apresenta a sua 'escala': "Os gradientes de perturbação são seqüências (tanto do desenvolvimento como processivas, como acessuais e episódicas) que representam as diferentes tendências prevaletentes da evolução das estruturas psicopatológicas básicas". Alerta para o fato de que as mesmas não seriam diagnósticos, pelo contrário, se excluem reciprocamente. São diferentes modos de organizações de 'conjuntos sintomáticos' e de 'conjuntos sindromáticos' que se repetem como 'invariantes transfenomênicas' nas mais diversas doenças (nosologias) e que modelam as múltiplas formas gerais de perturbação (deprimir-se, excitar-se, obsediar-se, delirar, alucinar etc.). As estruturas imprimem (marcam, modelam) o cunho fenomenológico peculiar de cada sintoma e, em especial, a sua integração nos conjuntos sindromáticos, nos dizeres do próprio BARAHONA (1980).

Em cada caso individual coexistiriam vários gradientes de perturbação e múltiplas estruturas em interações hipercomplexas, tipo: adições, integrações, seqüências, evoluções estruturantes ou não, intromissões, intercessões etc.. Esta organização 'arquitetônica', assim complexificada, é precisamente o típico do 'modelo antropológico médico' de BARAHONA FERNANDES (1979).

Esta "Escala de Estruturas e seus Gradientes" foi aplicada neste trabalho em caráter experimental desde 1980, quando foi iniciado.

### **1.1.2. A psicopatologia fenomenológica**

Em 1969 o professor PAIM (1990) publica a primeira edição do seu Curso de Psicopatologia, livro organizado a partir de aulas dadas no Curso de Saúde Mental, na Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro. No prefácio da 10a. edição deste livro, assim escreve: "Há anos venho tentando mostrar a necessidade de manter a Psicopatologia como uma ciência independente da Psiquiatria. No entanto, os tratadistas desta última ciência, em nosso país, têm demonstrado uma resistência obstinada em aceitar esta nova posição. Aferrados aos preconceitos herdados da cultura psiquiátrica tradicional, continuam descrevendo a Psicopatologia como um capítulo de seus tratados, sem perceber que, com essa atitude, revelam apenas atraso cultural".

Segundo o autor, JASPERS (1955) fez a primeira tentativa de conceituar a Psicopatologia, afirmando: "Desde a primeira edição de sua famosa 'Allgemeine Psychopathologie' procurou conceituá-la como ciência pura que visa exclusivamente o conhecimento. Com essa orientação, a Psicopatologia tem por objetivo estudar a vida psíquica anormal independentemente dos problemas clínicos. Para JASPERS (1955), a Psicopatologia 'não tem a missão de recapitular todos os resultados, senão de formular um todo; sua função visa o esclarecimento, a ordenação, a cultura. Tem de esclarecer o saber nos tipos básicos dos fatos e na multiplicidade dos métodos, resumi-los numa ordenação natural e, finalmente, levá-los à autoconsciência no todo cultural do homem. Cumpre uma tarefa específica que vai além da investigação especial do conhecimento".

Na opinião de JASPERS (1955), quando se estuda a Psicopatologia, deve-se levar em conta que "o fundamento real da investigação é constituído pela vida psíquica, representada e compreendida através das expressões verbais e do comportamento perceptível. Queremos sentir, apreender e refletir sobre o que realmente acontece na alma do homem. A inclinação geral para a realidade é, na Psicopatologia, a inclinação para a vida psíquica real. Pretendemos conhecê-la em suas conexões que, em parte, são tão sensivelmente perceptíveis como os objetos das ciências naturais. Recusamo-nos a eliminar a vida psíquica real, cuja compreensão confere plenitude a nossos conceitos, por meio de pensamentos vazios, oriundos de preconceitos, ou a substituí-la por construções de natureza anatômica ou de qualquer outra espécie. Sem a capacidade e a vontade de se representar em sua plenitude, não há possibilidade de se fazer Psicopatologia".

Desse modo, com esses objetivos precisos, JASPERS (1955) emprega o termo fenomenologia no sentido restrito de uma psicologia das manifestações da consciência, quer normais quer patológicas, afirma PAIM (1972).

Para os psiquiatras, a fenomenologia nada mais é do que um método de investigação que possibilita penetrar no mundo subjetivo dos enfermos mentais. Neste sentido, as vias de acesso ao fato psicopatológico são a compreensão e a explicação: a primeira é um método subjetivo; a segunda, um procedimento objetivo. A compreensão consiste num esforço de penetração e de intuição do fenômeno mórbido com seu significado, tal como o considera o enfermo. A explicação é uma ação intelectual que completa a compreensão, por sua interpretação e ao estabelecer laços de causalidade entre os diferentes dados proporcionados pela observação.

JASPERS (1955) centraliza a sua atenção no estudo do fenômeno psíquico fundamental: 'a vivência'. Para alcançar a vivência é necessário fazer uma descrição minuciosa das experiências subjetivas do enfermo e classificá-las, depois de o examinador ter 'interpretado' os fenômenos observados. Como as vivências do paciente são subjetivas e inacessíveis à observação direta, o observador procura estudar 'diretamente as suas próprias vivências'. É através da comparação entre as próprias vivências e aquelas captadas no indivíduo examinado que se pode chegar a uma verdadeira investigação fenomenológica.

A esta metodologia, JASPERS (1977) denominou de 'penetração empática'. Para isso, é necessário interpretar os gestos, o comportamento, as expressões do enfermo. Não se trata de registrá-los, de maneira objetiva, mas de ensaiá-los, como faz um ator. Além disso, a entrevista dirigida pelo examinador conduz à captação de confidências, autodescrições, através das quais se revelam as suas vivências mais íntimas.

Empregando o método fenomenológico, além do legado classificatório de JASPERS (1955, 1977) e SCHNEIDER (1968, 1976) com suas 'estruturas' psíquicas, PAIM (1990) propõe o uso de doze funções psíquicas fundamentais alteradas no Curso de Psicopatologia, quais sejam: 1a. alterações da percepção; 2a. alterações das representações; 3a. alterações dos conceitos; 4a. alterações dos juízos; 5a. alterações do raciocínio; 6a. alterações da memória; 7a. alterações da atenção; 8a. alterações da orientação; 9a. alterações da consciência; 10a. alterações da afetividade; 11a. alterações da atividade voluntária e 12a. alterações da linguagem.

Nesta sistemática, emprega os dados adquiridos no processo do conhecimento, onde se estabelece que praticamente todo o 'saber' é adquirido do mundo exterior, resultante das sensações e percepções, passando por um complexo de sistemas de memória, afetividade, representações, atividade voluntária, pensamento, este subdividido em três estruturas (conceitos, juízos e raciocínio), manifestando-se, posteriormente através da linguagem (não somente a oral; entram aqui a mímica, escrita etc.).

Cada uma destas estruturas psicopatológicas é definida e conceitualizada de maneira detalhada e objetiva, havendo posteriormente a definição e conceitualização das suas respectivas patologias e valor semiológico (Figura 2).

As contribuições advindas desta classificação foram fundamentais para este trabalho, desde que simples nas suas definições, de fácil reconhecimento na prática clínica, funcionalidade para aplicação em forma de tabelas de avaliação.

Seria prolongar demais este estudo definir cada uma das estruturas psicopatológicas de acordo com as concepções de JASPERS (1955, 1977), SCHNEIDER (1968, 1976) e PAIM (1972, 1990). No entanto, é fundamental que isto se faça pelo menos em relação ao que foi aqui usado na casuística e métodos.

### 1.1.3. Avaliação fenomenológica do pensamento

Partiu-se do princípio de que as operações intelectuais, que são denominadas de 'pensamento', se estruturam em conceitos, juízos e raciocínio.

1.1.3.1. O conceito é definido como "a construção simbólica do espírito que, além dos dados sensoriais, tenta alcançar a essência dos objetos, agrupando-os num mesmo conjunto". É, segundo PAIM (1990), a redução do múltiplo à unidade, que nos faz apreender, em um só ato do psiquismo, uma quantidade infinita de objetos, os quais guardam entre si algo de semelhante. O conceito é o elemento estrutural do pensamento, ou mesmo, pode-se chamá-lo a 'unidade' estrutural do pensamento.

FRÖBES (1920), afirma que, para se captar os conteúdos intuitivos da vivência, são indispensáveis os conteúdos intelectuais simplificadores, cada um dos quais tem aplicação ilimitada: os conceitos.

Como fenômenos patológicos dos conceitos, PAIM (1990) apresenta as seguintes alterações:

- 1) desintegração e condensações dos conceitos
- 2) perdas das relações conceptuais (desagregação, extravio)

1.1.3.2. O juízo é, do ponto de vista da lógica formal, para PAIM (1990), a afirmação ou negação de uma relação entre dois conceitos. Isto reduzido a uma expressão ideal e como complexo enunciativo.

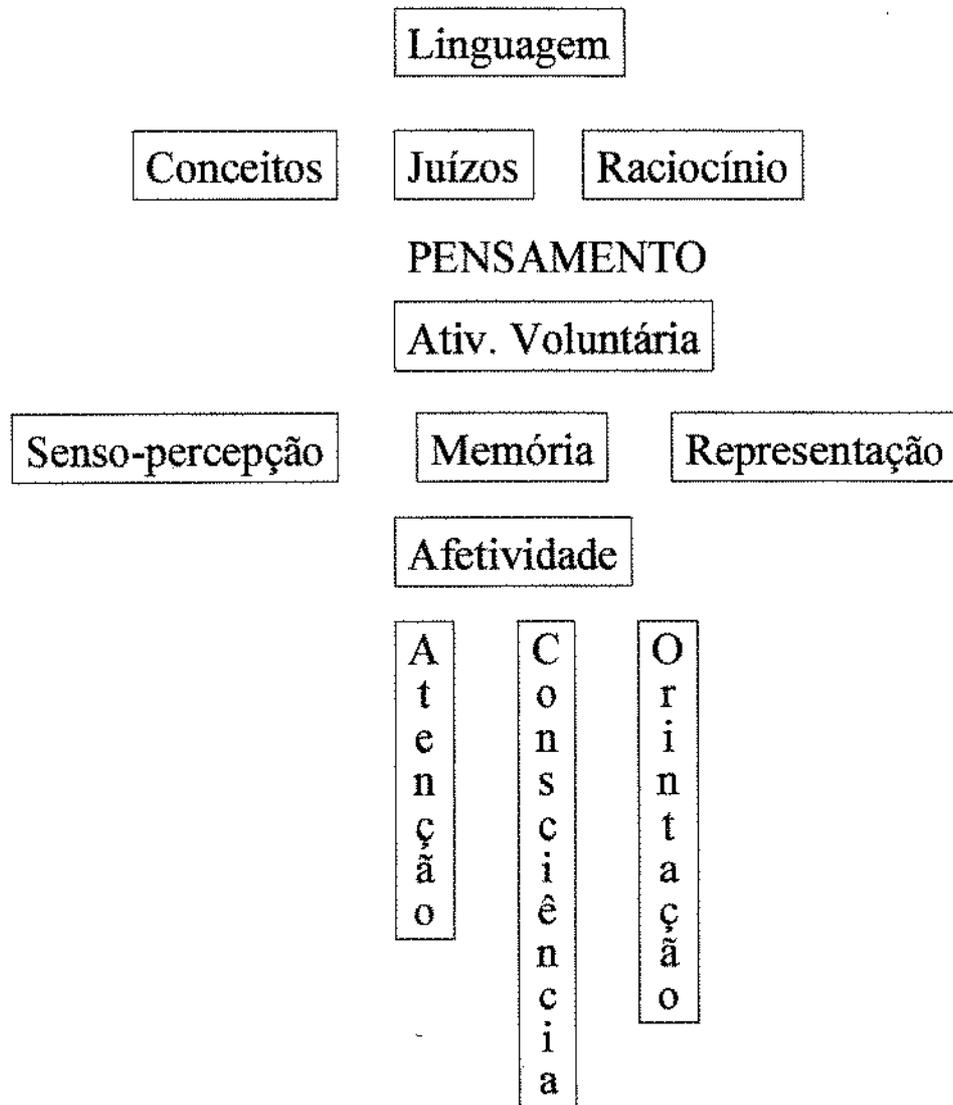
"Em sua estrutura, o juízo consta de dois termos ligados por uma cópula: cada termo é a expressão lógica de um conceito. Os juízos se expressam na linguagem sob a forma de proposições, enquanto o conceito se exprime na palavra. A peculiaridade do juízo é ser uma idéia enunciativa, asseverativa".

Os juízos são atos noéticos em que se exprimem os vínculos e as relações existentes entre os objetos e fenômenos da natureza.

O juízo pode expressar a verdade ou o erro, conforme suas afirmações correspondam ou não à realidade. Por essa razão, o único critério da verdade dos juízos é a sua consonância com a realidade objetiva". O fenômeno patológico fundamental dos juízos é o 'delírio'.

Embora tenha sido definido delírio em outro momento deste trabalho, é importante que citeamos JASPERS (1955), admitindo que o delírio é 'comunicado' através de juízos e que, "somente onde se pensa e se julga, pode nascer o delírio". Por isso, considera o delírio como "juízos patologicamente falsos".

Funções Psicológicas Elaboradas:



Funções Biológicas Básicas:

**Figura 2:** As funções Psíquicas (PAIM, 1990; ALHO FILHO, 1995)

Quando se refere à patologia dos juízos, PAIM (1990) assim se expressa: "Nos manuais da especialidade, são estudadas, em capítulo à parte, as 'alterações do conteúdo do pensamento', onde se incluem os delírios e outras perturbações. Na realidade, aqui nos encontramos diante de uma situação muito embaraçosa para afirmar que os delírios sejam alterações do conteúdo do pensamento. Seria mais lógico conceber o delírio como uma perturbação de função, um distúrbio no ato de formação dos juízos (...)".

O exame mais aprofundado do problema do delírio leva à conclusão de que, na realidade, não se trata verdadeiramente de perturbação do juízo. O transtorno precede à formação dos juízos. A perturbação se constitui no próprio ato de constituição da premissa: princípio do qual decorre alguma consequência. A premissa é falsa, mas o raciocínio que se desenvolve a partir desse princípio falso é perfeitamente coerente. Pelo visto, o que precede a formação desses falsos juízos, são as 'intuições', que, por sua vez, provêm das vivências intuitivas delirantes (destas não será falado neste trabalho). As intuições, por sua vez, embora temporalmente precedam a formação dos juízos, já fazem parte da própria atividade delirante, como uma intuição delirante. Nesta fase, acreditamos, a afetividade tem grande importância no delírio, como seu 'gerador', desaparecendo ou tornando-se irrelevante, muitas vezes, depois desta fase, quando o delírio se torna uma alteração *cognitiva*, um 'saber'.

Para o autor, as alterações estudadas como delírio, nada têm a ver com idéias ou conceitos, nem muito menos com as representações. Teriam uma denominação mais precisa se fossem chamadas simplesmente de 'pensamentos delirantes'.

Embora acreditemos que a perturbação no delírio se encontra muito além do ato de julgar, será adotado aqui o conceito clássico de alteração de juízo como equivalente de delírio apenas para "formalizar" a coleta dos dados da amostra.

**1.1.3.3. Raciocínio**, para PAIM (1990), é usado em dois sentidos: lógico e psicológico. Em seu sentido lógico, consiste em selecionar e orientar os dados do conhecimento, tendo como objetivo alcançar uma integração significativa, que possibilite uma atitude racional ante as necessidades do momento. Chama-se juízo o processo que conduz ao estabelecimento dessas relações significativas. Julgar é, nesse caso, estabelecer uma relação entre dois conceitos. A função que relaciona os juízos recebe a denominação de

raciocínio. A palavra serve também para designar as operações dedutivas e indutivas. Em seu sentido lógico, o raciocínio não é nem verdadeiro nem falso: é correto ou incorreto.

O termo raciocínio, em Psicologia, tem o mesmo sentido de 'pensar'. Em sua forma superior, o pensamento é um ato reflexivo. A reflexão não é apenas uma sucessão, e, sim, uma série lógica de idéias; cada idéia articula-se com a precedente, seguindo uma direção. Segundo DEWEY (1979), cada termo deixa uma contribuição de que o termo seguinte se utiliza. Neste caso, o pensamento se manifesta como uma série ordenada, em que os conceitos estão de tal forma unidos entre si que o último elo da cadeia deriva necessariamente do antecedente.

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

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

O conhecimento humano, para PAIM (1990), e, para nós, o psiquismo humano, representa um processo que começa com a sensação e termina com o raciocínio dialético. A sensação e o raciocínio são momentos diferentes, aspectos ou graus do mesmo processo do conhecimento ou do psiquismo. Por isso não se pode separá-los, a não ser com finalidade didática e para estudos, o que nos parece válido porém artificial. O mundo exterior age sobre nossos órgãos dos sentidos, provocando neles as sensações, e essas, em conexão indissolúvel com a atividade do pensamento, oferecem o conhecimento dos objetos e das coisas além de suas propriedades.

As alterações, descritas como do raciocínio, são:

- 01) inibição do pensamento;
- 02) fuga de idéias;
- 03) pensamento vago;
- 04) interceptação do pensamento;
- 05) compulsão a pensar;
- 06) pensamentos feitos, inspirados e/ou subtraídos;
- 07) pensamento derreísta;
- 08) concretismo;
- 09) reificação;
- 10) idéias prevalentes;
- 11) pensamento obsessivo;
- 12) perseveração;
- 13) prolixidade;
- 14) pensamento oligofrênico;
- 15) pensamento demencial e
- 16) incoerência.

Estas alterações psicopatológicas estão detalhadas e descritas nesta mesma seqüência no livro de PAIM (1990), no entanto fazem parte da psicopatologia e mesmo psiquiatria clássica, podendo ser encontradas em boa parte dos 'tratados da especialidade'.

#### 1.1.4. O sistema A.M.D.P. (Associação de metodização e documentação da psicopatologia - SOUSA, 1985)

Em 1985, sob os auspícios da Associação Psiquiátrica de Língua Portuguesa e com a colaboração especial dos professores BARAHONA FERNANDES (1975-1985) e POLÓNIO (1978) surge a primeira versão do AMDP para o português, editada, traduzida e adaptada por SOUSA (1978, 1985) e SOUSA, SOUTO LOPES, ROLDÃO VIEIRA (1980).

Segundo palavras de BARAHONA (1985) no preâmbulo da edição, o autor, SOUSA (1985), "fez, com alguns complementos de termos problemáticos explicativos, uma excelente adaptação a partir principalmente da edição francesa com a experiência pessoal da colaboração com o chamado grupo francófono do AMDP, mantendo a fidelidade aos conceitos originários do manual alemão".(...). Continua ainda, "Não cabe aqui discutir o assunto mas é sabido que o estabelecimento de um glossário claro e bem definido e explicado nas suas dificuldades, tal se fez nesta versão do AMDP - é um dos primeiros passos para a elaboração sistemática e regular do conhecimento da psicopatologia formulada como saber científico em termos modernos".

De maneira genérica, sobre a psicopatologia, assim se refere BARAHONA FERNANDES (1969): "A própria psicopatologia como 'ciência fundamental' nas suas múltiplas versões actuais (desde a fenomenologia e antropologia ontológica até à psicopatologia comportamental sociológica internacional, etc., inclusive nas suas formas 'sistemáticas'), foi a pouco e pouco enriquecida pela contribuição destas novas metodologias objectivantes e cada vez desejadas mais 'operacionais' ou seja aplicáveis na *praxis* e verificáveis na investigação".(...). E na seqüência: "O que importa é que as ciências psicológicas, psico-sociais e outras, v.g. a psicopatologia estejam a se beneficiar com a adopção de novas técnicas objectivantes e operacionais, apreciando a manifestação de certas 'qualidades' de modo quantitativo, acessível ao tratamento matemático e estatístico. Foi preciso, voltar a começar pelos dados primordiais (ditos 'sintomas') antes de necessariamente os reunir em 'complexos sintomáticos' e depois em 'síndromas', ou de os apreciar por meio de novos constructos transfenoménicos (estruturais e outros), usados de modo sistemático. Nesta perspectiva a precisão descritiva dos sintomas que nos dá o AMDP não significa um regresso ao atomismo reducionista, muito menos à busca de sinais do tipo 'neurologizante'

(embora, diga-se de passagem, tal sistema possa ser útil em certos níveis psico-vegetativos e psico-neurológicos). O problema fundamental está em encontrar os modos de relacionamento dos dados colhidos em conjuntos significativos".

O "*Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie*" - AMDP, nasceu, segundo a história descrita em seu próprio manual, de uma vontade de coordenação e de standardização da recolha dos dados necessários para a pesquisa clínica em psiquiatria. Janeiro de 1965, foi o marco inicial, ou seja, a 'fusão' dos dois grupos, alemão e suíço (BENTE *et al.*, 1962 e ANGST & WOGGON, 1983), na Clínica Psiquiátrica Universitária de Basileia - Suíça.

Em seguida, veio a tradução francesa de 1967 (DICK, 1978).

As primeiras edições do manual alemão foram redigidas em Zurique, Clínica Psiquiátrica Universitária por SCHARFETTER (1983).

A primeira adaptação francesa internacional somente surgiu em 1977 (BOBON, 1978).

A reunião fundadora do grupo português aconteceu em abril de 1983 na cidade de Lisboa, sendo o primeiro secretário lusófono M. Paes de SOUSA (1975-1995).

Nos anos de 1975, 1976 e 1977, ao estagiarmos com Sousa, tomamos conhecimento do método e participamos da sua implantação em Portugal. Posteriormente também o implantamos no Brasil, sob a orientação da equipe de Lisboa, liderada por SOUSA (1975-1995).

O sistema AMDP é constituído por três fichas anamnéticas - cujos itens têm, na maior parte dos casos, um valor nominal e, por vezes, ordinal - e de duas escalas de avaliação, graduadas de 0 a 3 na versão alemã ou de 0 a 4 na versão francófona. A tradução oficial portuguesa acompanha a versão francófona. A versão usada por nós, em nosso trabalho, fora elaborada anteriormente à publicação da oficial portuguesa, portanto, com características semelhantes à primeira original alemã, com itens de 0 a 3.

As escalas de avaliação seriam do exame psíquico e exame somático, respectivamente de números 4 e 5.

Todos os pacientes avaliados da nossa casuística foram-no também com todas as fichas do AMDP, de 1 a 3 (dados anamnésticos) e de 4 a 5 (exames psicopatológicos e somáticos). No entanto, somente inserimos para análise definitiva em nosso estudo, o exame psicopatológico e, mesmo assim, não o fizemos de maneira completa, a fim de restringir a análise ao objetivo do nosso tema.

Assim sendo, quanto às perturbações usamos, somente os itens psicopatológicos de maneira genérica, sem entrar nos sub-itens ou mesmo nas suas quantificações. Por exemplo, em relação à consciência, estabelecemos um item descrito como AMDPC, em que C (de Consciência) sugeria estar presente (Sim - S) ou ausente (Não - N) o sintoma como um 'todo'.

O único item a ser desdobrado foi o AMDPD (D de delírio), em que se valorizou também o item referente às intuições delirantes.

Achamos importante citar a definição de 'delírio' segundo o AMDP: "É um erro de apreciação da realidade, de origem mórbida, que surge como uma evidência *a priori* (convicção independente da experiência), mesmo quando está em contradição com o real comum, com as opiniões e crenças coletivas ". No sub-item percepção delirante, as 'anotações da versão portuguesa', elaboradas por SOUSA (1985), são definitivamente esclarecedoras sobre o problema da conceitualização do delírio. Na prática, complementa e torna inteligível a definição do AMDP.

Para o AMDP o conceito de 'intuição delirante' é de origem e concepção diversa do usado por nós como tema fundamental nesta tese. Neste caso o conceito de intuição que adotamos foi: "Evidência *a priori* ou convicção independente da experiência" (Capítulo 5, item 2).

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

Diz o manual do AMDP: "Intuição delirante, também chamada ocorrência delirante. Convicção delirante imediata, sem suporte perceptivo, de um sentimento, de uma idéia, de um fato; evidência, revelação independente de qualquer dedução e de qualquer dado sensorial". No nosso caso, a intuição seria algo muito mais próximo do '*trema*' (CONRAD, 1963) ou mesmo do clássico 'humor delirante', ou seja, um 'pré-sentimento' aparentemente anterior ao delírio. Isto já seria, na nossa opinião, a 'vivência' intuitiva do delirar. Este tema será detalhado em outro momento deste trabalho.

### 1.1.5. Intuição e delírio

'Psicopatologia dos delírios de ciúme'. Título do excelente texto, publicado pelo professor BRACINHA VIEIRA (1984), sobre a lição de síntese para provas de agregação à Faculdade de Medicina de Lisboa. Logo no início desta publicação, assim se refere ao tema delírio, particularizado no ciúme: "Essa possibilidade universal de 'intuir' do ciúme, atesta já da sua extensão enquanto 'forma geral de perturbação: no limite, qualquer ser humano pode *ciumar*'" (BARAHONA FERNANDES, 1979). Alguns anos antes, o mesmo autor, BRACINHA VIEIRA (1979), quando iniciávamos nosso trabalho, publica: 'Do delírio: reflexões e proposições sobre a essência do delirar'. Nesse artigo faz a seguinte citação: "O delirar difuso (humor delirante) advém com a 'intuição' de que algo de inquietante se passa na relação do Eu com o Mundo. O núcleo temático é nebuloso, mas o delirante é possuído pela evidência de que uma transformação abala a estabilidade do seu estar no Mundo precedente. É confrontado com um 'puzzle' desconexo, que representa imposição e enigma. Esta emergência delirante primária é essencialmente um sentimento. Tal nebulosa anímica e emocional pode tomar configuração racional, desenvolver um discurso justificativo, concentrar-se em núcleos organizadores, chamar a si critérios, argumentos, estratégias, estabilizar-se e sistematizar-se, exprimindo-se enfim puramente na esfera cognitiva do psiquismo. Tal força primordial informa um discurso que reúne, unifica, alinha, conecta e explicita as tendências que se esboçam na sua primeira evolução. Assim, o delirante vai discernir um nexos entre o sobressalto sobrevindo na relação Eu-Mundo e os fenômenos singulares que ocasionalmente se produzem à sua volta. Decifradas as peças básicas do grande 'puzzle', todas as outras, mais tarde ou mais cedo, encontrarão o seu lugar e o seu

sentido. Quando, por fim, a inteira conexão das peças se lhe torna clara, o império do seu delírio estende-se, soberano, aos fenómenos que o envolvem, ancorados nos factos da sua biografia como noutros tantos garantes e testemunhas das suas 'razões'". Continua, citando BARAHONA FERNANDES (1978, 1979), (...) "Desde que uma ordem de juízos formulados pelo sujeito fica presa de uma intencionalidade, que torna tendenciosa a apreensão dos significados do Mundo, desde então sobrevém o delírio, com a singular 'perda da possibilidade dialética de contradição'".

Assim refere-se o autor a outra citação de BARAHONA (1972): (...) "Enquanto o delírio primário (não redutível a outras operações psicológicas) surge como vivência *a posteriori*, sentida mais do que pensada, avassaladora, mas nebulosa no seu significado, plena de presságios e ameaças, rompendo a relação do Eu com o Mundo, anunciando acontecimentos enormes e espantosos de que o delirante vai participar, o delírio sistematizado é deduzido *a priori*, procurando legitimidade, credibilidade, unidade e inteligibilidade para os fenómenos, afirmando ou negando apodicticamente correlações de factos, tornados indícios. Isto é: quando o delírio primário se racionaliza em idéia delirante, perde feições tímicas e adquire feições ideativas".

Em seguida: "Quando o delirante remite do seu delírio e critica as idéias do seu delirar, o 'corpo delirante' permanece na sua memória como um ser inerte, inactual, como um esqueleto abandonado, surpreendente, de um ser outrora vigoroso, que pode não ser recusado em definitivo, mas que perdeu a sua força - podendo um dia reviver". Acrescentamos: Esse 'esqueleto', essa 'letargia', esse 'sentimento' ou mesmo 'pré-sentimento' nada mais é do que a própria vivência da 'intuição (pré) delirante' por nós defendida, como pertencendo ao delírio.

O item posterior é descrito da seguinte forma: "A distorção perceptiva e do juízo crítico comporta as condições de 'viciação' das referências, a qual enfim reforça as próprias convicções pré-existentes. Os fenómenos exteriores são assim apreendidos e valorizados em função de uma disposição pré-concebida do 'espaço interior', que os investe de significado e os subtrai à ordem da causalidade comum. A 'paixão' (chamaríamos de 'vivência') inabalável figurada no delírio, invade a vida psíquica do delirante; ao mesmo tempo, opõe-se a algo que sobre ele impende, e que a teia das interpretações tendenciosas explicita no

contexto de um Eu que se desloca para o centro da 'intriga'. A isto, damos um 'sentido' e denominamos 'intuição'.

Quanto à origem dessa 'vivência', BRACINHA VIEIRA (1979) relata em uma das suas publicações: "Certas variações tímicas e hiperestésico-emocionais podem imprimir a estes desenvolvimentos caracteriais 'momentos fecundos', de grande excitação, em que a vivência se aproxima do limiar psicológico e o comportamento se demanda. Trata-se, então, de verdadeiras 'situações limite'. MARCUSE (1968, 1971), BOREL (1952), SHEPHERD (1961), ENOCH (1967), todos aceitam a evolução quantitativa da personalidade ciumenta desde graus normais acentuados até quadros-limite". Na seqüência: (...) "Aliás, pode dizer-se que, no momento em que o delírio aparece, a psicose é já antiga, (...) o delírio não é mais do que uma sobre estrutura (CLÉRAMBAULT, 1942). O 'trabalho do delírio' consiste, sobretudo, na colheita e interpretação de indícios que reforçam a convicção incoercível".

Na descrição que BRACINHA VIEIRA (1979) faz da clássica Erotomania Delirante (paranóia erótica), referida desde ESQUIROL (1838) e estudada de forma admirável por CLÉRAMBAULT (1942), assim expressa: "Essa ilusão seria o nó ídeo-afetivo organizador, o motor e o postulado fundamental de uma modalidade singular de estar-no-mundo-da-paixão. Despertaria na doente com a intuição brusca de se sentir amada. Esta convicção central, inabalável, seria então sustentada por interpretações secundárias, levando a arquetar uma argumentação rigorosa que procede a partir de 'postulados acessórios', também discriminados por CLÉRAMBAULT (1942)".

Para este mesmo autor, a erotomania, intuição passional tecida delirantemente, deve distinguir-se das psicoses de perseguição e reivindicação. Nós, pelo contrário, não fazemos esta distinção; tentaremos, sim, demonstrar o vínculo causal, ou melhor ainda, relacional entre intuição e delírio.

Lembra BRACINHA VIEIRA (1984), que: "um traço erotómano, intuído e levemente obsessionalizado, seria, no limite, uma forma geral de perturbação, mais típica do sexo feminino". Assim, para DIAS CORDEIRO (1986, 1993-1995), tal como nos adolescentes, propensos a paixões por ídolos inacessíveis (do mundo do cinema, desporto, etc.), também nos velhos são frequentes pequenos sintomas erotómanos que não seguem as fases evolutivas clássicas.

Consideramos o estudo do professor BRACINHA VIEIRA (1979) fundamental para a compreensão dos delírios e das intuições a eles associada. Como definitiva, a fim de corroborar nosso estudo, extraímos a seguinte citação: "Os delírios crônicos sistematizados de ciúme sem deterioração da personalidade correspondem a um tipo inegável, mas raro, e constituem um dos pólos da extensa gama evolutiva das doenças do grupo esquizomorfo. É notável o valor antropológico-existencial destes quadros - o que justifica, quanto a nós, a sua descrição e avaliação fenomenológica separada. A sua autonomia nosológica é problemática. Muitos deles sofrem nalguma fase da sua evolução distorções, dissociações, incoerências, ou a intrusão de alucinações, à semelhança do que acontece com outros quadros paranóicos (KOLLE, 1931, por exemplo, observou muitos anos depois alguns dos doentes que tinham levado KRAEPELIN, 1907, a fundamentar a categoria da paranóia, e verificou que estavam deficitários)". O que foi colocado em relação aos delírios sistematizados de ciúme, estendemos a 'todos' os delírios sistematizados.

Em classificação apresentada, tanto aos delírios de ciúme como às erotomanias, foi relacionado como fundamento: 1º) o nível de organização do conteúdo mórbido e 2º) o grau de desestruturação psíquica.

Esta classificação compõe-se de:

- a) personalidades paranóides;
- b) delírio lúcido;
- c) parafrenia erotômana;
- d) 'baforadas' delirantes;
- e) esquizofrenias paranóides;
- f) psicoses de base orgânica.

Estes quadros coincidem com a disposição classificatória tanto das C.I.D.s. (Classificações internacionais de doenças) - 9a. e 10a. Revisões da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1979; 1993), quanto das DSM-III-R e DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), da AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1989, 1994).

Em nossa opinião, nas personalidades paranóides o delírio simplesmente não existiria. Nelas o que se manifesta é uma desconfiança, muito mais estruturada sobre uma base de caráter do que afetiva, e as intuições também não se manifestariam. No delírio lúcido, sistematizado setorialmente, construído a partir de 'intuições' iniciais, com fixidez de objeto, sem defeito da personalidade, nem alucinações (quadro considerado raro, problemático na sua estabilidade catamnética, identificável com a erotomania pura de CLÉRAMBAULT, 1942), teríamos pela própria definição, o exemplo acabado da intuição feito delírio. Nos outros quadros delirantes, as alterações da intuição estariam fazendo parte do próprio delírio. Nem sempre com manifestações claras, particularmente nas perturbações agudas, tipo 'baforadas' delirantes e *folie a deux* (BOURGEOIS, DUHAMEL, VERDOUX, 1992).

## 1.2. OBJETIVOS

Na tentativa de demonstrar nossa tese, simplificando tanto quanto possível as variáveis a serem analisadas e usando o método fenomenológico na coleta dos dados, procuramos responder às seguintes questões:

a) Podemos, de maneira didática, separar os achados psicopatológicos, através da fenomenologia, em conceitos, juízos, raciocínio e intuição? b) Juízos e intuição, ou seja, o delírio primário e a intuição, seriam uma perturbação única ou comum? c) Que outras possíveis variáveis estariam relacionadas ou interferindo com os juízos (delírios) e as intuições? d) A afetividade está ou não relacionada com as atividades delirantes? e) Os quadros psiquiátricos alterariam a relação delírio/intuição, se é que ela existe?

***CAPÍTULO 2***  
***O COMPREENDER E***  
***O EXPLICAR***

O método fundamental de pesquisa, em Psicopatologia, é a 'fenomenologia'. Segundo HUSSERL (1980), a fenomenologia tem por objetivo o estudo dos 'fenômenos', do que é dado à consciência. O fenômeno não é coisa em si mesma, o fato exterior empírico, governado por relações casuais. O fenômeno é consciência como fluxo temporal de vivências, cuja peculiaridade consiste na imanência e na capacidade de doar significações às coisas exteriores. Considera a consciência como um fenômeno empírico quando o seu conhecimento é realizado por uma ciência empírica como a psicologia ou a psicopatologia. Mas, especialmente, a consciência, quando estudada em sua estrutura imanente e específica, revela-se como algo que ultrapassa o nível empírico e surge como condição *a priori* de possibilidades de conhecimento. Neste sentido, a fenomenologia consiste na descrição da estrutura específica do fenômeno: fluxo imanente de vivência que forma a consciência. Deste modo, a descrição da estrutura da consciência, isto é, a intenção preenchida representa a condição primordial para o conhecimento.

HUSSERL (1986) procurou deixar bem clara a distinção entre psicologia e fenomenologia. A psicologia, em sua opinião, é uma ciência de dados de fato: os fenômenos estudados por ela são acontecimentos reais e eles se inserem ao mesmo tempo que os sujeitos a que pertencem no mundo espacial e temporal. A fenomenologia, por outro lado, é uma ciência de essências (eidética) e não de dados de fato. Torna-se possível em virtude da redução eidética (epoqué fenomenológica), que tem por objetivo justamente purificar os fenômenos psicológicos de suas características reais ou empíricas e elevá-los ao plano da generalidade essencial. A redução eidética consiste na transformação dos fenômenos em 'irrealidades'. Os resultados fundamentais desta pesquisa contribuem para destacar: 1º) o reconhecimento do caráter intencional da consciência; 2º) a evidência da intuição do objeto devida à presença efetiva do próprio objeto; 3º) a generalização da noção de objeto, que compreende não somente as coisas materiais mas também as formas de categorias, as essências e os 'objetos ideais'; 4º) o caráter privilegiado da 'percepção imanente', isto é, da consciência que o 'eu' tem das próprias experiências, enquanto ao aparecerem elas coincidem perfeitamente com esta percepção, ao passo que não coincidem na intuição do objeto externo, o qual não se identifica nunca com suas aparições à consciência, mas permanece além dela.

O que interessa ao psicopatologista é, sobretudo, a fenomenologia como método de pesquisa dos fenômenos psicopatológicos, isto é, ir às próprias coisas, entendendo isto como o estudo direto dos fenômenos psíquicos patológicos, o que contribuiu para a construção de uma psicologia do patológico.

De acordo com HUSSERL (1986), a afirmação de real não é resultado de um ato reflexivo, mas, sim, a consequência de uma intuição imediata, que se impõe a nossa consciência. Aqui estamos diante de um dado primário, subjetivo, imediato e irreduzível, a 'gênese ativa' de "um 'eu' que gera, cria e constitui mediante atos específicos do 'eu'" (HUSSERL, 1986). A ausência desse dado impede a passagem do subjetivo ao objetivo, ao real. Os estudos sobre os fenômenos psicopatológicos mostram a distinção radical entre os fenômenos psicológicos perturbados e as induções que se referem a sua natureza e a sua origem.

A investigação da natureza intencional da consciência e o estudo da 'intenção' e seu preenchimento constituem elementos indispensáveis para a compreensão fenomenológica dos fenômenos psicopatológicos. A concepção da consciência como ato intencional apóia-se na fenomenologia e esta, por sua vez, tomou o conceito de intencionalidade da psicologia de BRENTANO (1874, 1944). Este conceito pertence à escolástica mas, progressivamente, foi sendo abandonado. Mais tarde, ressurgiu na concepção fenomenológica do estudo dos fenômenos psicológicos e psicopatológicos. A esse respeito, escreve BRENTANO (1944): "Todo fenômeno psíquico está caracterizado pelo que os escolásticos da Idade Média denominaram de inexistência intencional (ou mental) de um objeto, e que nós chamaríamos, se bem que com expressões não inteiramente inequívocas, a referência a um conteúdo, a direção para um objeto (pelo qual não se deve entender aqui como uma realidade) ou subjetividade imanente". A expressão inexistência tem aqui o sentido de *in existência*, significando existência em algo, ou, como diz o autor citado, "estar objetivamente em algo"; a palavra "objetivamente" compreendida como objeto, como conteúdo do ato de representação. Adotado pela fenomenologia, o conceito de intencionalidade é empregado especialmente no sentido de intencionalidade da consciência. Significa que os atos psíquicos, qualquer que seja o aspecto sob o qual se manifestem, estão unidos, de maneira indissolúvel, ao objeto. Com base neste princípio, BRENTANO (1944)

considerou possível a criação de uma psicologia descritiva, com uma classificação dos fenômenos psíquicos diferente das que eram até então adotadas. A descrição fenomenológica revela uma realidade diferente, consubstanciada pelas esferas das representações dos juízos e dos fenômenos afetivos.

Não é demais insistirmos no caráter intencional da consciência, destacando a impossibilidade de defini-la por meio de categorias que pertencem às coisas. Toda consciência é conhecimento (consciência) de algo. O fato primário e irreduzível é a correlação entre ela e um objeto ao qual o sujeito se refere. Portanto, a consciência não é um substância (a alma), mas uma atividade constituída por atos intencionais. O ato de percepção corresponde a algo percebido; o ato de imaginação a algo imaginado; o ato de juízo, a uma realidade julgada; o ato de amar, a um objeto amado; o ato de vontade, a uma realidade escolhida. Ao ato intencional de referência, corresponde, sempre, um objeto intencional. A consciência, neste sentido, é um ato de "dirigir-se a", razão por que não se pode colocá-la no mesmo plano de relação que há entre uma "natureza" e outra "natureza". Pode-se ter consciência do ausente e até mesmo do inexistente. Ao procurar estabelecer a relação entre a consciência e as coisas é necessário abandonar a idéia de relação causal, como as sustentadas pelas teorias clássicas e por algumas correntes doutrinárias contemporâneas sobre a consciência.

HUSSERL (1980) chama de *noesis* o aspecto subjetivo da experiência vivida, constituída por todos os atos de compreensão que visam captar o objeto: o perceber, o imaginar, o lembrar e, *noema*, o aspecto objetivo da experiência vivida: o objeto considerado pela reflexão em seus diversos modos de ser dado - o percebido, o imaginado, o recordado. O conceito de *noema* difere em relação ao próprio objeto que é a coisa: o objeto da percepção é o complexo de predicados e dos modos de ser, dado pela experiência: a árvore verde, iluminada, não iluminada, percebida, lembrada.

O próprio método fenomenológico contribuiu para o surgimento de outros meios de pesquisas psicopatológicas, como, por exemplo, o 'compreender' e o 'explicar'. Estes dois princípios de investigação foram aplicados ao estudo dos fenômenos psicopatológicos por JASPERS (1977). Segundo este autor, a compreensão fenomenológica consiste na atualização interna das vivências e isto é alcançado através das auto-descrições dos enfermos

mentais. Neste particular, JASPERS (1977) fez várias distinções a respeito do compreender. Refere em primeiro lugar, à:

1ª) Compreensão fenomenológica e a compreensão da expressão:

No primeiro caso, trata-se da atualização, na consciência, da vivência, com auxílio das auto-descrições dos enfermos. O segundo caso refere-se ao significado dos gestos, do comportamento e das expressões fisionômicas do paciente.

2ª) Compreensão estática e genética:

Também no primeiro caso, procura-se captar as qualidades e os estados psíquicos individuais da maneira como são experimentados. A compreensão genética consiste na comparação do psíquico (do observado) com o psíquico (do observador), como nas relações por motivos, os efeitos por contraste, os envolvimentos dialéticos.

3ª) Compreensão genética e explicação:

A primeira é a captação subjetiva evidente das relações psíquicas internas e a segunda compreende a exposição objetiva das relações, conseqüências, regularidades, incompreensíveis e explicáveis somente pela causalidade.

4ª) Compreensão racional e empática:

A primeira não é compreensão psicológica propriamente dita, senão uma simples compreensão racional dos conteúdos à qual pode chegar qualquer pessoa. Por exemplo: a compreensão das relações lógicas de um sistema delirante na qual o indivíduo vive numa espécie de mundo próprio. A compreensão empática é a compreensão propriamente psicológica do psíquico mesmo.

5ª) Compreender e interpretar:

Falamos do compreender na medida em que o compreendido encontra a sua plena explicação através dos movimentos expressivos, manifestações da linguagem, atos. Ao contrário, falamos a respeito de interpretar quando só encontramos alguns pontos de apoio precários para formar relações já compreendidas anteriormente com relativa probabilidade.

Além dos temas expostos em torno do compreender e do explicar, JASPERS (1977) destaca ainda três tipos de 'compreensão':

a) Compreensão intelectual - Não só devemos compreender os conteúdos racionais sem necessidade de apelarmos para a psicologia, como também os demais conteúdos que chegam à mente: as figuras, as imagens, os símbolos, as exigências e os ideais. Não somente devemos destacar de maneira isolada aqueles conteúdos para compreender uma pessoa. Esta é uma compreensão do espírito e não uma compreensão psicológica. Porém o espírito só se torna acessível na medida em que é compreendido nos continentes em que vivem que tem presente como conteúdos, que conhecem e se torna eficaz em si mesmo.

b) A compreensão existencial - Na compreensão das relações, deparamo-nos com os limites do incompreensível. Este incompreensível é, para 'uma' parte, como a barreira do compreensível para admitir o extra-consciente, que nos leva como corpo, em suas relações causais, para formar como o material, para captar como a possibilidade de existência, como déficit a suportar. Por outro lado, o incompreensível, como a origem do compreensível, é mais do que compreensível, é o que chega a ser compreensível, o que se ilumina quando é captado a partir do incondicionado da existência. A compreensão psicológica, quando é referida ao choque com o incompreensível, está submetida à investigação causal, à 'psicologia empírica'. A psicologia empírica comprova como é algo e como se produz, o esclarecimento da existência apela aos próprios indivíduos pelas possibilidades. Ambas as coisas, ainda que de sentido radicalmente diferente, estão unidas entre si de maneira absoluta na compreensão psicológica. Desse modo, surge uma duplicidade quase insuperável. É comum que na compreensão se pressuponha e se admita sempre um quê de incompreensibilidade. Porém, este incompreensível é de natureza duvidosa, heterogênea. Sem um quê de incompreensibilidade, não haveria nenhuma existência (condição de dúvidas das causalidades), sem o outro não haveria nenhum conteúdo (o ser mesmo da existência).

O incompreensível se mostra na parte investigável do ponto de vista causal como nos atos impulsivos, nos sinais somáticos biológicos, nos mecanismos extra-conscientes específicos, eventualmente supostos. Encontra-se presente tanto na vida normal

como nos desvios observados em constituições mórbidas e nos processos patológicos. O incompreensível na 'parte da existência' é a liberdade que se revela na decisão incondicional, na captação de sentido absoluto e na experiência básica, quando surge da situação empírica a situação fronteira em que o existir desperta o próprio ser. Porém, até onde chega a investigação empírica, não existe nenhuma liberdade e não há nada daquilo que se imagina no estabelecimento filosófico da existência quando se apela para a liberdade: seriedade, consciência absoluta, situação fronteira, decisões, origem. O estabelecimento da existência é atingido através da psicologia compreensiva a este mais compreensível, aproxima-se da verdadeira realidade na possibilidade do 'ser' mesmo enquanto recorda, chama a atenção e torna-se manifesto.

c) Compreensão metafísica - A compreensão psicológica é aplicável ao empiricamente vivenciado, ao fato existencial, enquanto a compreensão metafísica é aplicável em um sentido que vai além do experimentado por nós e do fato na liberdade, a relação que abrange o significado, a todo o significado, ao contrário limitado, que é pensado e admitido com oculto. A compreensão metafísica interpreta os fatos e a liberdade como a linguagem de um ser absoluto.

Na compreensão metafísica talvez se possa incluir a intuição delirante, a captação intuitiva de fenômenos que escapam à percepção e à compreensão do homem psicologicamente normal e empresta significações patológicas ao captado intuitivamente. Já discutimos esta particularidade no capítulo anterior, e, mais adiante, voltaremos a fazer algumas considerações sobre o tema.

Dos vários tipos de 'compreensão' descritos por JASPERS (1977), interessa, de modo especial à psicologia e à psicopatologia, a compreensão estática (fenomenológica), a compreensão genética e a compreensão metafísica; esta, particularmente, pelo fato de criar possibilidades de penetração no enigmático problema das intuições delirantes.

A compreensão fenomenológica tem por finalidade captar as qualidades da vivência no momento em que é dada à consciência como fenômeno. Assim, possibilitará uma compreensão daquilo que é vivenciado pelo enfermo psíquico. Já em princípios deste século, o psicólogo Charles BLONDEL (1928), em sua obra "La conscience morbide",

chamava a atenção para o fato de que os psiquiatras não compreendiam o que se passava na mente dos enfermos psíquicos. Em sua opinião, quando se definia a alucinação como uma "percepção sem objeto", ou quando se dizia que o "delírio é um juízo falso", empregavam-se, na realidade, formulações verbais que, sem serem de todo falsas, não contribuíram para a compreensão do que significa de fato, para o enfermo, a experiência alucinatória ou delirante e o que o mesmo experimenta no curso de tais experiências. BLONDEL (1928) mostra que o enfermo mental vive em um mundo diferente, inacessível aos métodos de experimentação e introspecção. Considerava que isto era aplicável não só aos transtornos psicóticos graves, mas também aos sutis sentimentos de vagas ameaças e de despersonalização que ocorrem nos estados iniciais da esquizofrenia. Se, por exemplo, encararmos a definição das alucinações de BALL (1890) como percepções sem objeto, verificaremos que tal definição, do ponto de vista fenomenológico, consiste numa aberração terminológica, pois tudo que se encontra na consciência é objeto para esta consciência. A alucinação, por conseguinte, é um fenômeno que é dado à consciência na ausência do estímulo sensorial correspondente, mas nem por isso perde as suas qualidades de fenômeno e, portanto, a condição de objeto da consciência, naquele instante, está voltado intencionalmente para o fenômeno alucinatório. Tudo que se encontra na consciência é objeto da consciência. Como já tivemos oportunidade de estudar, anteriormente, a consciência, do ponto de vista da fenomenologia, é intencional, isto significando que a consciência é um ato de 'dirigir-se a'. Ao procurarmos estabelecer a relação entre a consciência e a alucinação, é necessário abandonar a idéia de relação causal como as defendidas pelos psiquiatras clássicos e por alguns psicopatologistas contemporâneos.

Do mesmo modo, definir o delírio como uma perturbação de juízo ou da capacidade de julgamento consiste numa atitude tão arbitrária como chamar a alucinação de percepção sem objeto. A perturbação, no delírio, encontra-se muito além do ato de julgar. Trata-se, como já tivemos oportunidade de afirmar, e esta afirmação consiste no fundamento desta tese, de uma alteração da capacidade de intuição. Por isto, consideramos que a compreensão metafísica tem um significado especial para a compreensão dos fenômenos delirantes.

A compreensão genética, como já vimos, procura estabelecer relações de sentido entre as diversas vivências. Diz JASPERS (1977): "O psíquico surge do psíquico de uma maneira compreensível. A pessoa que é atacada torna-se colérica e pratica atos de defesa, aquele que é enganado torna-se desconfiado. Assim compreendemos as reações vivenciais, o desenvolvimento das paixões, o aparecimento do desvario, compreendemos o conteúdo dos sonhos e do delírio, dos efeitos da sugestão, compreendemos uma personalidade anormal em sua própria relação essencial, compreendemos o curso fatal de uma vida, compreendemos como o enfermo interpreta a si mesmo e como a maneira desta interpretação de si mesmo se torna um fator de desenvolvimento ulterior".

JASPERS (1977) considera necessário tentar compreender não só o que se encontra na consciência, como também aquilo que está no inconsciente e é suscetível de ser trazido à consciência: é o 'inadvertido'. Em sua opinião, "não existe nenhum processo real, seja de natureza física ou psíquica, que não se mostre acessível, em princípio, à explicação causal. O conhecer causal tem limites. Em qualquer parte interrogamos, também, nos processos psíquicos, pelas causas e seus efeitos. A compreensão, ao contrário, depara com limites em qualquer disciplina científica. Os limites com os quais se depara a compreensão representa um novo estímulo para a investigação causal". Portanto, a compreensão é sempre limitada, enquanto a explicação é ilimitada.

Estes meios de investigações complementares, introduzidos na psicopatologia por JASPERS (1955, 1977), prestam contribuições inestimáveis aos estudos da psicologia do patológico. O próprio JASPERS (1955, 1977) salientou: "No exame retrospectivo é assombroso quanto esquecida e desconhecida se encontrava a tradição das ciências do espírito no campo da psiquiatria, de tal maneira que a minha contribuição de 1912 (*Kausale und verständliche Zusammenhänge zwischen Schilicksal und Psychose bei der Dementia Praecox*) e de 1913 (*Allgemeine Psychopatologie*) causaram um efeito extraordinariamente novo na ocasião, apesar de ter apenas colocado em relação a tradição científico-espiritual com a realidade psiquiátrica. Desse modo foi compreendido metodicamente em psicopatologia o que de fato ocorria em qualquer momento cada vez mais pobremente e o que a psicanálise de FREUD (1981) se transformou em notáveis contra-sensos e mal-entendidos em si mesmo. O caminho da consciência científica ficou livre para a apreensão

da realidade do homem e do conteúdo do espiritual até no transtorno psicótico. A tarefa consistia, então, em distinguir os tipos de 'compreensão', em esclarecê-los e preenchê-los de fato com todos os 'conteúdos', acessíveis".

Não é um despropósito assinalar que a psicanálise sempre se limitou a descrever uma série de fenômenos 'compreendidos em si', cujas descrições se basearam em analogias. Admite, *a priori*, uma extensão provável do conhecimento, mediante o uso de semelhanças genéricas que se podem aduzir em situações diversas. Neste particular, a psicanálise aproxima-se da Escolástica e, contraditoriamente, do materialismo mecanicista, que atribuía à analogia conotações metafísicas.

Quando FREUD (1981) fala de 'aparelho psíquico', conserva posições materialistas mecanicistas, ao admitir a vida mental como algo material, concreto. Vamos encontrar em Alvéria (STEENBERGHEN, 1984) posições semelhantes à dos psicanalistas. Este filósofo da Escolástica disse que o ser das coisas criadas e o ser de Deus não são idênticos e nem mesmo diversos, mas análogos: de algum modo se assemelham e se correspondem sem ter mesmo significado. A psicanálise é, de fato, uma 'ciência' de analogias, o que é facilmente comprovável ao examinarmos alguns dos princípios teóricos da doutrina: tais princípios essenciais foram descritos por FREUD (1981) através da provável extensão do conhecimento mediante a passagem de uma proposição que exprime certa situação a outra proposição que exprime uma situação genericamente semelhante. Esta atitude perante o conhecimento era designada, antigamente, de 'procedimento por semelhança'. Trata-se, na realidade, de um 'processo de extrapolação', que consiste em levar ao limite o comportamento de um conjunto de casos ordenados em uma série na qual se supunham eliminadas, gradualmente, as influências perturbadoras. Basta verificar determinados princípios fundamentais, tais como 'Complexo de Édipo', 'Teoria da libido', 'Teoria da sexualidade', 'Teoria do aparelho psíquico', dividido em três instâncias: 'Ide, Ego e Super-Ego', a concepção de 'Eros e Tanatos' e muitas outras criações fantásticas, que são aceites sem discussão, pois trata-se de um problema de fé.

O método fenomenológico foi introduzido na investigação dos processos psicopatológicos por JASPERS (1955). Este método estabeleceu, como princípios fundamentais, as diversas formas de 'compreensão', que contribuem para revelar a

incompreensibilidade de sintomas de determinados tipos de transtornos mentais. Desejamos esclarecer que, em certo passo, anteriormente, falamos de compreensão metafísica, não no sentido teológico, mas gnosiológico. Neste sentido, a compreensão metafísica compreende aqueles tipos de conhecimentos que são adquiridos independentemente da experiência, sobre a base das estruturas reacionais da mente humana. Não se pode negar a existência deste tipo de conhecimento intuitivo. Todos nós já passamos pela experiência pessoal de apreendermos de maneira imediata a 'psicologia' de uma pessoa a quem fomos apresentados em determinada ocasião. E esta primeira impressão, apreendida através do conhecimento intuitivo, é inteiramente válida, porque é sempre verdadeira. Sabemos, também, da existência da percepção 'extra-sensorial', que nos proporciona conhecimentos que não foram adquiridos de maneira consciente.

Conforme DELGADO (1969) teve oportunidade de salientar, os dados subjetivos são obtidos por meio de informação de uma segunda pessoa. "É evidente que o conhecimento será tanto mais penetrante quanto maiores forem a aptidão e a capacidade intelectual do informador para o exame minucioso da mente do enfermo mental e para a comunicação dos próprios resultados. Com muita frequência é difícil ou talvez impossível a cooperação por causa da incapacidade do indivíduo para a auto-observação ou para expor de maneira precisa e fielmente os dados que esta oferece, seja em consequência da própria anormalidade de sua mente, seja pelo fato de encontrar-se na situação de objeto de pesquisa". Na maioria dos casos, permanecemos na situação de ignorar ou de orientarmos no sentido da apreensão intuitiva. Este fato implica uma intuição direta, inter-subjetiva, através da qual apreendemos de imediato a vida anímica na expressão do enfermo ou se experimenta em si mesmo uma espécie de reflexo do que aquele experimenta de forma primária. Por isto é necessário, na maior parte dos casos, o emprego de um *quantum* de subjetividade, mas o coeficiente pessoal empregado em nada difere, embora de outra qualidade, da acuidade do clínico experiente. É o contato direto com o enfermo que determina, no observador, o aparecimento de "um sentimento vago, indeciso, de estranheza, antes mesmo da verificação de sintomas primários que possam existir no caso presente". A captação dos sintomas, em tais casos, depende da chamada intuição clínica ou do 'olho clínico' do psicopatologista após longos anos de experiência.

Tratando-se de fenômenos psicopatológicos, a semelhança com a adivinhação é muito menor, pois aqui a natureza do intuído é, do ponto de vista anímico, idêntica no indivíduo observado e no observador.

A aplicação do método fenomenológico exige uma tríplice redução:

2.a) Redução sintomatológica: a colocação entre parêntese de toda a sintomatologia apresentada pelo enfermo;

2.b) Redução sócio-cultural: tomar a pessoa quanto possível liberta de qualquer apreciação determinada, culturalmente, quanto à atitude ou comportamento;

2.c) Redução conceptual, pois partimos do conceito de que, na captação dos sintomas psicopatológicos, o especialista tem uma tendência a estabelecer a separação dos sintomas por categorias que contribuem para o diagnóstico de determinada entidade nosológica. Assim, por exemplo, é comum que o mesmo parta do pressuposto de que a 'dissociação', a 'demência', os 'sintomas primários' podem conduzir a pressupostos errôneos quanto ao diagnóstico psiquiátrico.

Quando falamos de redução sintomatológica, queremos dizer, com isso, que o examinador deve se eximir de fazer uma descrição global da sintomatologia, como faz com muita frequência, observando a expressão fisionômica, a postura do enfermo diante do examinador, e aquilo que vai transmitindo através da linguagem. O que interessa ao psicopatologista é a descrição empírico-fenomenológica do que aparece em sua consciência, do fenômeno que é dado, e assim vai isoladamente descrevendo, da maneira mais minuciosa possível, aquilo que é transmitido pelo enfermo. Quando se trata de um paciente delirante, o seu interesse deve ficar concentrado, inicialmente, nas expressões que se relacionam com o delírio.

A compreensão do ser humano como unidade estrutural em si mesma e em relação com o mundo permite a penetração no psiquismo do paciente, fundada na visão pluridimensional do enfermo. Assim, ao transcender os limites da consciência, a psicopatologia de JASPERS (1955, 1977) encarou a enfermidade como uma forma de comportamento que pode ter início no orgânico ou no psíquico. O comportamento do

enfermo, que é a revelação de um comportamento 'em-a-enfermidade', deve ser estudado em suas múltiplas e infinitas relações com o mundo, porque a vida é, segundo JASPERS (1955), "existência no seu mundo: viver é viver em seu mundo. Por isso a visão dos organicistas, ao centralizar a atenção na parte corporal, deixa de perceber as influências que, sobre o psíquico, exerce o ambiente, ao qual o homem se adapta em virtude de sua ação sobre o mesmo". Como psicopatologistas, queremos sentir, apreender e refletir sobre o que realmente acontece na mente do homem enfermo psíquico. Pretendemos conhecê-la em suas conexões que, em parte, são tão sensivelmente perceptíveis como os objetos das ciências naturais. Recusamos-nos a eliminar a vida psíquica real, cuja compreensão confere plenitude a nossos conceitos, por meio de pensamentos vazios, oriundos de preconceitos, ou a substituí-la por construções de natureza anatômica ou de qualquer outra espécie. Sem a capacidade e a vontade de se representar em sua plenitude, não há possibilidade de se fazer uma psicopatologia científica.

A aplicação do método fenomenológico e da psicologia compreensiva contribuem para o conhecimento de três espécies de fenômenos:

- a) aqueles que conhecemos por nossa própria experiência;
- b) os que são acentuações, diminuições de experiências pessoais;
- c) os que se caracterizam pelo fato de não poderem ser representados por analogia. A esse grupo pertencem as experiências que se denominam de 'primárias', pelo fato de serem incompreensíveis.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

***CAPÍTULO 3***  
***DELIMITAÇÃO DO***  
***CONCEITO DE DELÍRIO***

O delírio representa o tema mais importante da psicopatologia.

Segundo LITTRÉ (1886), o termo delírio significa "... a perversão do entendimento, que faz com que o doente associe idéias incompatíveis que toma como verdades reais; desordem das faculdades intelectuais e motoras com ou sem alteração das faculdades morais". LAROUSSE (1959) define-o: "O delírio é um conjunto homogêneo de idéias delirantes, isto é, de idéias inteiramente falsas identificadas pela consciência e que resistem à prova".

De acordo com a sua etimologia, a palavra delírio se origina do vocábulo latino *delirium* que, por sua vez, deriva do verbo *delirio, es, are*, composto pela partícula privativa *de* (fora) e *lirio*, que significa arar. Delírio consiste, portanto, em sair do sulco do arado ou seja, sair da linha reta, desviar-se. Aplicado ao pensamento humano, significa pensar fora das normas estabelecidas pela lógica. Pensar fora do sulco. O delírio é o resultado de julgamento defeituoso, de inferência ilícita a partir de premissas falsas.

Para DELGADO (1969), os delírios consistem em "desordens primárias do juízo, isto é, que não podem ser deduzidas de outras experiências, nem racionais, nem emocionais. São juízos infundados que ocorrem ao indivíduo, o qual os vivencia como verdades incontestáveis e retira delas conseqüência, como um juízo fundamentado. Por isso, os enfermos delirantes são capazes de discorrer com uma lógica impecável, porém conseqüente com a falsidade que lhe serve de ponto de partida".

Segundo MIRA Y LÓPEZ (1952), o delírio representa "... o desenvolvimento progressivo de uma atividade mórbida do pensamento em virtude da qual o enfermo se afasta cada vez mais, em suas crenças e em sua conduta, da verdadeira realidade sem que seja possível convencê-lo de seus erros fundamentais, mesmo quando o seja às vezes em parte ou que retifique alguns pormenores acessórios de suas concepções e decisões".

As características fundamentais da atividade delirante consistem na 'falta de consciência do transtorno, a irredutibilidade e a tendência ao crescimento e difusão'.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

Ao aplicar a fenomenologia no estudo clínico dos delírios, JASPERS (1977) destacou que o delírio é comunicado através de juízos, considerando que "somente onde se pensa e se julga pode nascer o delírio". Como consequência, admite que os delírios são "juízos patologicamente falsos". A esse respeito, diz o seguinte: "De maneira muito vaga, chamam-se idéias delirantes todos os juízos falsos que possuem em determinado grau - não precisamente delimitado - os seguintes caracteres externos: 1o.) convicção extraordinária com que lhes adere, a certeza subjetiva incomparável; 2o.) a impossibilidade de influenciamento da parte da experiência a e de raciocínios constringentes; 3o.) a impossibilidade de conteúdo.

"Procurando penetrar por trás destas características mais externas na essência psicológica das idéias delirantes, deve-se distinguir em primeiro lugar entre as vivências primárias e os juízos emitidos com base nelas, isto é, entre a realidade viva dos conteúdos delirantes e os juízos estáticos que, em qualquer ocasião, só são reproduzidos, discutidos, dissimulados".

No que se refere à origem do delírio, JASPERS (1955) assegura: "... quanto à origem do delírio devem-se distinguir duas grandes classes: uns se originam, de modo compreensível para nós, de afetos, de vivências afetivas, que abalam e produzem sentimentos de culpa, e de outras vivências, de percepções falsas ou de vivências de alheamento do mundo da percepção em alterações da consciência. Outros não são suscetíveis de serem seguidos psicologicamente: são, do ponto de vista fenomenológico, algo último e derradeiro. Os primeiros chamamos de idéias deliróides; os últimos, de autênticas idéias delirantes. Quanto a estas últimas, temos de tentar acercar-nos do dado propriamente dito das vivências delirantes, embora não consigamos apresentar clara e concretamente este processo tão estranho".

Por sua vez, anteriormente, KRAEPELIN (1907) já havia definido o delírio da forma seguinte: "Toda idéia delirante é uma representação morbidamente falseada, que de regra está numa relação qualquer com as condições pessoais do doente". Em sua opinião, a causa do delírio se encontraria na debilidade do julgamento. Alguns anos mais tarde, o próprio KRAEPELIN (1907) modificou a sua definição do delírio, admitindo: "Idéias delirantes são representações morbidamente falseadas, que não são acessíveis à

comprovação por demonstrações". Nesta definição, KRAEPELIN (1907) acrescenta à fraqueza da capacidade de julgamento a exaltação da afetividade e a turvação da consciência, fatores que participariam na gênese do delírio.

Poucos anos depois (1915), GRÜHLE (1956) faz referência ao delírio primário, considerando que: "O delírio primário (ou autóctone) é um transtorno funcional em nível muito mais elevado, não se tratando de uma desordem da senso-percepção: o paciente não sente qualquer alteração na cor ou na forma dos objetos. Também não é uma perturbação da apercepção: o enfermo tem consciência de que o objeto para o qual está olhando é, digamos, uma mesa. E, finalmente não é um transtorno da inteligência: o paciente pode dizer que a mesa é de estilo rococó. A perturbação tem um significado simbólico e a mesa significa que o mundo está retorcido como suas próprias pernas". A experiência é imediata, surge do nada, sem nenhum antecedente ou explicação. Embora produza certa perplexidade no paciente, leva implícita a sua própria convicção. Em sua forma mais pura, surge de maneira súbita, completamente desenvolvida, e é aceita de imediato e de modo firme pelo paciente.

Em 1925, GRÜHLE (1956) retoma o estudo do delírio e admite que o mesmo consiste numa elaboração defeituosa das percepções sensoriais e da perturbação na associação das imagens mentais, da falta de reconhecimento do mundo externo, própria dos vesânicos com delírio. Esclarece, em seguida: "Aqui não se trata de um estado de confusão mental, senão que o enfermo conserva a lucidez da consciência. O mundo externo não é compreendido de maneira defeituosa, mas sim com muita precisão, mesmo que, de modo geral, seja algo desconfiado e se, apesar disso, chega, finalmente, a convencer-se de que, por exemplo, "este suposto doutor é um agente da polícia secreta". O juízo falso resulta da idéia delirante ou se baseia em todas as idéias sistematizadas, das quais, precisamente, dimana o delírio, também sistematizado. O delirante compreende os fatos do mesmo modo que o espectador que presencia no teatro a representação da Hamlet; porém com a mesma certeza que o espectador sabe que 'já' não 'é' Hamlet, senão Kains, o paranóide também tem a segurança de que 'já' não 'é' o doutor, senão um policial que se encontra em sua frente".

Alguns anos mais tarde, GRÜHLE (1956) propôs a classificação das vivências delirantes em: humor delirante, ocorrência delirante e percepção delirante. Definiu esta última como "o estabelecimento de relações sem motivo". Em sua opinião, não se trata de

um transtorno da percepção sensorial, nem de alteração da compreensão. "A perturbação incide, na realidade, na significação simbólica". O objeto percebido significa que o mundo está alterado: "A experiência é imediata em sua natureza de aparecer repentinamente sem antecedentes nem explicação. Embora confunda o paciente, leva consigo o seu próprio sentimento de convicção".

Deve-se reconhecer que a GRÜHLE (1956) corresponde o mérito de ter reconhecido, pela primeira vez, o caráter primário e a importância deste sintoma no diagnóstico da esquizofrenia.

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

O humor delirante representa, na maioria dos casos, um sintoma importante, porém dele não se derivam as extraordinárias formas de pensar e conduzir-se que não têm nenhuma relação com os estados emocionais dominantes em certos enfermos.

Na opinião de GRÜHLE (1956), a vivência de significação é não só a causa como a essência do delírio primário, visto que, "atrás da vivência está o processo cerebral do qual procede". Admitia, por sua vez, que o delírio é um fenômeno cerebral orgânico.

O elo seguinte na cadeia de desenvolvimento do conceito de delírio é representado por SCHNEIDER (1957, 1968, 1976).

Para SCHNEIDER (1968), existem três modalidades de delírio:

- 3.1. Percepção delirante.
- 3.2. Ocorrência delirante.
- 3.3. Reação deliróide.

A percepção delirante consiste, para SCHNEIDER (1968), no fato de se atribuir a uma percepção normal "um significado anormal sem motivo algum compreensível e na maioria das vezes no sentido de auto-referência". Esta vivência mórbida possui, entre as suas características, de acordo com SCHNEIDER (1968), o fato de não existir em sua gênese "um motivo compreensível nem do ponto de vista da razão, nem do ponto de vista dos sentimentos".

No sentido de esclarecer a sua concepção, o autor diz o seguinte: "Quando afirmamos que a percepção delirante não pode derivar de um estado de ânimo não entramos em contradição com o fato de que a percepção delirante se encontra muitas vezes precedida pelo humor delirante, o qual é mantido pelo processo, por uma vivência inquietante e sinistra, mais raramente por uma vivência de exaltação. Neste vago humor delirante as percepções significam, com muita frequência, 'algo', porém nada ainda determinado. Já pelo fato de seu sentido vago, este humor delirante não pode determinar o conteúdo da ulterior percepção delirante. Não é possível compreender o conteúdo específico da percepção delirante a partir do incerto e vago humor delirante: em resumo, aquela se encontra embutida neste último, mas não é dele derivável. Também não é necessário que o humor delirante coincida com a ulterior percepção delirante no que se refere ao matiz afetivo: o humor delirante pode ser sinistro, inquietante; a percepção, beatífica. No entanto, em algumas ocasiões pode derivar de modo compreensível o significado anormal de uma percepção a partir de um estado de ânimo imotivado; por exemplo, de um humor pleno de angústia, mas nestes casos trata-se de uma daquelas reações deliróides que com muita frequência ocorrem nos psicóticos. A premissa, em última instância, é representada pelo processo".

Segundo SCHNEIDER (1968), a percepção delirante consta de dois membros: o primeiro vai do indivíduo que percebe ao objeto percebido e o segundo do objeto percebido à significação anormal. Para a melhor compreensão do seu conceito de percepção delirante, SCHNEIDER (1968) cita este exemplo: quando uma pessoa passa diante de uma casa e vê parado um carro de mudanças, este, pelo seu aspecto característico, sugere apenas o significado de "carro de mudança", podendo, no máximo, levar o espectador a pensar que alguém se encontra mudando de domicílio. "Existe, portanto, um motivo compreensível para a referida vivência de significação e, desde logo, um motivo que é razoável, racionalmente

compreensível". No entanto, se este acontecimento for vivenciado por um enfermo esquizofrênico e transformado em uma percepção delirante, ele não pensará numa simples mudança, mas, ao contrário, admitirá que se trata de algo relacionado com a sua pessoa. "Este último significado, que não é nem racional nem emocionalmente compreensível, corresponde ao que designamos em nossa divisão como segundo membro".

Em seu excelente tratado de psicopatologia, GOÁS (1966) apresenta este exemplo de percepção delirante: *"Ao me aproximar hoje da porta de minha casa, verifiquei que, no chão, estava uma garrafa quebrada em vários pedaços, que havia contido vinho tinto, e este se derramara, formando uma poça grande. Naquele instante tudo se tornou perfeitamente claro. Toda minha depressão e minha angústia desses últimos tempos, que tanto me fazem sofrer, ficaram esclarecidas naquele momento. Não era mais do que um pressentimento de algo do qual eu não me havia dado conta. Aquilo que acabava de ver na porta de minha casa foi uma revelação. Em poucos segundos ficou para mim bem esclarecido, sem lugar a dúvidas, que o meu sofrimento desses meses não era outra coisa senão um pressentimento de algo terrível que me vai suceder. Vão me aniquilar, vão acabar com a minha vida, partindo-a, como fizeram com a garrafa, até dessangrar-me como a poça de vinho tinto me revelou. Tudo está perfeitamente claro. É desumano e criminoso o que vão fazer comigo para destruir-me moral e fisicamente. É um crime"*.

Diz GOÁS (1966), em seus comentários ao conceito de delírio de SCHNEIDER (1957, 1968, 1976), que o essencial na vivência reside em sua significação, em seu caráter de 'imposição', procedendo do mundo exterior. "O principal não é o conteúdo da percepção delirante, mas o que ela é em si mesma. Representa uma alteração da estrutura da função perceptiva, que possibilita emprestar a uma percepção real um significado anormal no sentido da auto-referência".

Em seu sentido mais profundo, a percepção delirante serve para caracterizar a estrutura psicótica: é psicologicamente incompreensível. Na opinião de SCHNEIDER (1957), ali onde se encontra uma percepção delirante, estamos diante de um caso de esquizofrenia.

GOÁS (1966) destaca, com prioridade que a percepção delirante tem um significado de natureza determinada, quase sempre importante, enérgico, de certo modo pessoal e manifesta-se como um aviso, um sinal, uma mensagem do outro mundo, uma espécie de revelação de algo orientado no sentido da auto-referência. O significado da percepção delirante é sempre estranho, simbólico, imposto, algo numinoso.

Na maioria das vezes, consideramos como incompreensível o conteúdo de uma percepção delirante pelo fato de não encontrarmos nela nenhuma relação com a história biográfica do enfermo, nem com os seus conflitos atuais e conscientes, mas isto não significa que a mesma seja destituída de motivação.

Em resumo, GOÁS (1966) diz o seguinte: "O importante, o essencial, o específico desta vivência reside em sua significação e em seu caráter de imposição, que procede de fora, do mundo externo. O primordial aqui não é o conteúdo da percepção delirante, mas o que ela representa em si mesma, isto é, significa uma alteração da estrutura da função perceptiva que torna possível ao enfermo esquizofrênico atribuir a uma percepção real um significado anormal, no sentido da auto-referência. O que é específico em tal percepção anômala reside na alteração da estrutura da função da vivência perceptiva, que é a que cria seu significado especial, no sentido da auto-referência, como vivência numinosa. Uma coisa é a função e outra o conteúdo da mesma".

A ocorrência delirante, segundo SCHNEIDER (1968), não representa um fenômeno de natureza primária, porém "surge sempre do mundo dos pensamentos, dos valores e dos instintos do delirante". No sentido de esclarecer a diferenciação das percepções delirantes, diz o autor: "Ali onde uma intensa vinculação com a personalidade pré-psicótica e com suas vivências psicóticas específicas". Na ocorrência delirante, trata-se de "uma crença puramente ideativa" e conta apenas com um membro. Falta aqui o segundo membro que aparece na estrutura da percepção delirante, aquele que vai do objeto percebido à significação anormal". "Não se trata - esclarece SCHNEIDER (1968) - do estabelecimento de relações sem que exista para isto motivo justificado".

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

Acrescenta o autor:

"Desde logo e, teoricamente, é possível imaginar ocorrências delirantes que constassem também de dois membros. Em um esquizofrênico poderia surgir o pensamento de que um castanheiro significa que vai acontecer um acidente ferroviário, isto é, a colocação de uma relação desprovida de motivo racional ou emocionalmente compreensível. Assim nos encontraríamos, efetivamente, diante de uma ocorrência delirante dividida em dois membros ou termos. Trata-se aqui, no entanto, de uma construção, de uma possibilidade imaginável que talvez não corresponda jamais a uma acontecimento real. Asseveramos, portanto, com toda segurança, que a ocorrência delirante não oferece tal divisão em dois termos, pelo qual, e segundo este ponto de vista, não pode ser estritamente diferenciada de 'ocorrências' de outro tipo".

As ocorrências delirantes revelam, como as percepções delirantes, o caráter 'especial', 'do grave e importante', esclarecendo o autor: "Significação especial não quer dizer, em relação às ocorrências delirantes, senão que estas possuem uma importância especial. Ao contrário, nas percepções delirantes, trata-se do fato de atribuir a uma percepção um especial sentido anormal, de uma interpretação insensata. Este valor especial atribuído à ocorrência delirante não pode ser empregado, no entanto, de uma forma decisiva para a delimitação em relação a outras 'ocorrências'. Do mesmo modo a 'ocorrência' de um invento ou a 'ocorrência' de índole religiosa que aparece na vida não psicótica podem possuir idêntico valor, uma significação idêntica para aquele que as vivencie. Não é possível captar nenhuma diferença".

O conceito de ocorrência delirante, de SCHNEIDER (1968), engloba as chamadas representações e cognições delirantes postuladas por outros autores.

Exemplo Clínico - *"Helena, de cor branca, solteira, com 46 anos de idade, de profissão doméstica, natural de São Paulo. Foi internada no Hospital Pínel, onde esteve aos meus cuidados clínicos profissionais. Desde os 20 anos de idade vem tendo várias internações. A enfermidade teve início nesta idade, quando começou a se considerar possuidora de poderes especiais, que lhe foram atribuídos por divindades. Em determinados momentos sentia-se extremamente feliz e não conseguia explicar de maneira convincente*

*esta felicidade. Em dado momento lhe ocorreu que ela era Santa Helena. A partir de então ficou inteiramente convencida de que a data do seu aniversário de nascimento fosse o dia dedicado à referida Santa. Nenhum argumento lógico por parte dos seus familiares, amigos e médicos conseguia movê-la de tal convicção. Passou a apresentar atitudes beatíficas, ou seja, qualquer tipo de comportamento de parentes tipo namoros, gestos de carinho ou afeto a tornavam horrorizada. Seus movimentos eram pausados e lentos, permanecendo a maior parte do tempo com o olhar distante e às vezes afirmava: "Não sou deste mundo". Quando contrariada de maneira incisiva, tornava-se agressiva, quebrava objetos de casa, chegando muitas vezes a agredir pessoas, motivo pelo qual foi internada em Serviço especializado. Em outros momentos entrava em estados de completo negativismo e alheamento. Não respondia às perguntas formuladas, seu olhar não se fixava no interlocutor, dando a impressão de estar psicologicamente ausente. Poder-se-ia dizer que a enferma se encontrava em completa elação ou mesmo em estado de êxtase. Não se alimentava neste período e quando abandonada a si mesma permanecia na posição original durante várias horas. Certa vez, no intuito de alimentá-la, foi lhe dado um pedaço de pão, o qual manteve seguro após certa resistência. Mesmo estando em jejum prolongado, permaneceu com a mão levemente apoiada nas pernas (estava sentada) por mais de quarenta minutos e, somente saiu desta posição depois de intensamente estimulada. Fez tratamento com ECT, pois neste estados catatoniformes, não se alimentava e não reagia aos medicamentos convencionais; após algumas aplicações de ECT<sup>S</sup>, voltava a se alimentar e seu delírio que ao final mostrou-se sistematizado, afluía sempre sob a forma de ocorrência, ou seja, em certo momento lhe ocorrera ser Santa Helena. A partir daí seu comportamento passou a ser o que imaginava ser a Santa".(COURA, 1977-1994).*

Segundo SCHNEIDER (1968), a reação deliróide consiste na resposta de uma personalidade predisposta ao delírio diante de circunstâncias desfavoráveis da existência. Pode-se admitir que, nestes casos, a personalidade responde a uma determinada situação vital de forma delirante. Trata-se de uma inversão dos casos de delírio primário: no primeiro caso, o indivíduo se torna delirante em consequência da ação do processo, que é algo interno, endógeno, enquanto, no segundo caso, o indivíduo responde de maneira delirante às circunstâncias desfavoráveis do ambiente. Consiste em algo transitório, circunstancial,

estando a duração das manifestações deliróides na dependência da persistência das circunstâncias.

KRETSCHMER (1959) afirma que "... a determinação da reatividade psíquica não pode ser apoiada apenas no conceito de vivência, tão estreito e difícil de ser delimitado em alguns casos. Ao contrário a reatividade psíquica existe sempre que uma fator psíquico externo tenha atuado causal e de maneira essencial no desencadeamento de uma psicose. Não parece tão essencial que este fator psíquico tenha atuado sob a forma de uma única vivência, limitada e acessível ou como um estímulo ambiental crônico, ou ainda de uma situação vital. Muitas experiências vitais captam somente no terreno de uma situação vital favorável para isto e então se torna muitas vezes supérfluo discutir se devem considerar estas experiências vitais como fatores etiológicos principais. ... Além disso, em cada vivência e em cada situação ambiental ou vivência da qual procede não parece ter sido criada pela própria personalidade". Na realidade, as reações deliróides "constituem-se sempre sobre a base afetiva, a partir de uma distímia, da angústia expectante, da desconfiança".

SCHNEIDER (1957) afirma com absoluta segurança: "Admitir que o delírio dos esquizofrênicos derive dos erros sensoriais significa não valorizar devidamente a importância da alteração esquizofrênica da personalidade. Sem a total modificação esquizofrênica, os erros sensoriais dos esquizofrênicos não teriam outra significação e consequência que os dos delirantes febris e de outros pacientes com alterações da consciência".

As reações deliróides consistem no fato de que, após uma vivência traumática (ofensas, humilhações, vergonha), surgem e persistem, durante algum tempo, idéias errôneas de ser tratado pelas pessoas do ambiente com certa hostilidade, de ser prejudicado ou depreciado. Nesses casos, reafirmamos, não se trata de verdadeiras idéias delirantes, com o comprometimento da capacidade de crítica, senão de idéias prevalentes as quais, em virtude de sua tonalidade afetiva, adquirem predominância sobre os demais pensamentos e podem prolongar-se de maneira indefinida.

Nos indivíduos predispostos à apresentação de reações deliróides, existe uma disposição, ou melhor, uma tendência à auto - referência, à persistência anormal de certas vivências e grande impressionabilidade, o que contribui para que os acontecimentos

desagradáveis possam determinar a formação de idéias prevalentes, ao redor das quais permanecem estagnados o pensamento, o sentimento e a atividade. Em tais reações deliróides, têm importância primordial não apenas os traços negativos da personalidade, mas também os conflitos internos e a atitude angustiada e de preocupação que o enfermo adota perante elas. Ao agir sobre este centro de vivências externas, determinados acontecimentos vitais emocionantes, surgem tais reações, pois aqueles despertam e reavivam os referidos conflitos interiores e levam o paciente, neste caso, a uma atitude reativa no sentido delirante. KRETSCHMER (1959) referiu, a propósito, que se tratava de 'vivências chaves', que teriam o poder de reativar o sentimento penoso ao agir de modo preferencial sobre o ponto nevrálgico da personalidade onde se encontram os conflitos internos.

Sabe-se, a partir das contribuições da psicanálise, que as reações deliróides encontram o seu fundamento no mecanismo de projeção. Consiste este mecanismo no fato de o indivíduo exteriorizar sentimentos ou desejos que considera inaceitáveis, atribuindo-os a outras pessoas. É um mecanismo muito comum e observado com frequência na vida cotidiana, e o próprio FREUD (1981) destacou a sua existência entre os anti-semitas, que o empregam no sentido de transferir sentimentos pessoais, que consideram indignos, para os judeus e então 'detectam' tais sentimentos neles. Segundo FREUD (1981), trata-se de uma das defesas mais primitivas, facilmente observável no comportamento normal, embora de maneira menos acentuada do que entre os neuróticos.

De acordo com MAYER-GROSS (1958), a característica das reações deliróides consiste em sua lógica e em sua coerência interna. Encontram o seu ponto de apoio nos traços inerentes à personalidade e no fator externo, na vivência que, por sua intensidade emocional, pode produzir tal reação. O enfermo se sente atingido pela vivência e reage diante dela com uma atitude deliróide, quase sempre de cunho paranóide, fruto de sua personalidade, mobilizada pelo conteúdo da vivência, que tem para ele um significado especial. A partir deste momento, começa a realizar interpretações sob o prisma de sua visão deformada da realidade e sob a influência de complexos de natureza afetiva, que se encontram, nestes casos, potencializados.

Em alguns enfermos, as reações deliróides são bastante complexas e duradouras. Na maioria das vezes, são provocadas por situações vitais em função da idade ou de certas

profissões. Determinadas situações são propícias ao desencadeamento de reações deliróides de tipo paranóide e, desde épocas passadas, foram registradas: as 'reações paranóides carcerárias', as 'reações paranóides de tipo persecutório nos prisioneiros de guerra', as 'reações paranóides nos exilados políticos e nos refugiados da guerra', o 'delírio de indulto', o 'delírio erótico de referência das solteironas', as 'reações paranóides das damas de companhia', as 'reações paranóides dos surdos', as 'idéias deliróides de auto-referência dos masturbadores', as 'reações paranóides dos emigrantes'.

A esses tipos de reações deliróides de cunho paranóide, EY (1954) denominou de "organizações delirantes transitórias" e admitiu que se caracterizam não só "pela desorganização do campo da consciência", como também por seu "esboço de organização frágil" na esfera das crenças estruturadas na personalidade. Em tais casos, admite que as idéias deliróides se encontram em primeiro plano e parecem excluir o transfundo de perturbações intelectuais ou afetivas comuns aos estados psicóticos agudos, como é o caso, por exemplo, do delírio sensitivo de auto-referência, de KRETSCHMER (1959). Nesses casos, as reações deliróides têm duração limitada e são suscetíveis de remissão completa, ao contrário do que acontece com os delírios sistematizados crônicos, que se observam nos quadros autênticos das psicoses paranóides.

Exemplo Clínico - *"Carlos, de cor branca, brasileiro, solteiro, funcionário público. Queixou-se que está sendo vítima de uma calúnia intolerável. Talvez por maldade, despeito, inveja ou simples pilhéria de mau gosto. Possivelmente por parte de algum companheiro de trabalho. Depois de ter se submetido a uma intervenção cirúrgica em seus órgãos genitais, por causa de uma doença venérea mal curada, alguém lhe disse que ele corria o risco de tornar-se impotente. A partir de então ficou muito preocupado. A operação foi realizada com êxito, há poucos meses, e sem as conseqüências que lhe haviam sido atribuídas. Mas a verdade é que, depois disso, ao retornar ao trabalho, logo começara a perceber umas tantas "coisas desagradáveis". Às vezes, com a sua entrada, paravam subitamente de conversar, ou iniciavam, de repente, um assunto novo, mas em outro tom, "como para despistar". Com freqüência, surpreendera troca de olhares, quando passava. Evitavam sua companhia, à hora do lanche ou da saída, sempre sob os mais variados pretextos. Positivamente havia alguma coisa contra ele, e não era difícil imaginar o que*

*fosse. Alguém, provavelmente, espalhou o episódio da operação. E como antes era considerado um mulherengo, passavam agora a aplicar-lhe o desfecho de certa anedota obscena, muito corrente entre os adolescentes de seu tempo. Supunham, em suma, que houvesse ficado impotente e, como não pudesse viver sem alguma forma de prazer sexual, acabara por se tornar "um pederasta passivo". Eis, em resumo, o que deveria estar ocorrendo a seu respeito. Daí certas alusões sobre o assunto, palavras ou frases apanhadas no ar, mas demasiado vagas para que se sentisse encorajado a uma interpelação frontal. O pior é que o próprio contínuo da repartição onde trabalhava, parece que estava a par de tudo. E as moças também, que antes haviam tentado inutilmente agarrá-lo e que agora se vingavam, lançando-lhes olhares de desprezo, quando passava, e talvez comentando a sua suposta infelicidade, "entre cochichos e risadinhas". O ar penalizado de uma amigo, "companheiro de trabalho e de farras", que com ele cruzara à saída do elevador; o sorriso sarcástico de outro, com que dera de cara, à porta do mictório, e que, ao vê-lo, tivera a audácia de saudá-lo, pronunciando o seu nome diminutivo, com falsa e carinhosa solicitude, tudo isso já não dava margem à menor dúvida de que estava sendo considerado como um "pobre anormal", um perverso sexual, sem recuperação. Com insônia, inapetência e cada vez mais irritado e ansioso, relata a sua história entre explosões de lágrimas e acessos de cólera incontida. Num desses acessos, que já vinha tendo antes, arremessara pesado tinteiro à cabeça do contínuo, sem motivo explicável, razão pela qual foi afastado do serviço e internado para tratamento".*

O esclarecimento do conceito de delírio alucinatório crônico representou uma tarefa árdua para os alienistas franceses do século passado. SÉGLAS (1887, 1895) asseverava que não existia diferença alguma entre erro e delírio. Na realidade o delírio ou idéia delirante consiste em um erro, mas se diferencia dos erros comuns pelo seu caráter de incorrigibilidade. O homem normal é suscetível de manifestar juízos falsos, inadequados à situação em que se encontra, que se assemelham ao delírio: é, por exemplo, o caso das superstições. No entanto, do ponto de vista fenomenológico, não se podem confundir as crenças supersticiosas com os delírios.

Não é necessário proceder a uma ampla investigação para que se possam detectar erros nas ciências, especialmente na psiquiatria. Em nossa especialidade, os erros persistem mais por inércia do que por insuficiência de conhecimentos. O problema fundamental, neste caso, é o que se refere às causas do erro, que afeta não só a estrutura da lógica do pensamento científico, mas, especialmente, à psicopatologia, visto que se torna indispensável saber quais os sustentáculos da ignorância. Para alcançar a verdade, não só em ciência, mas em qualquer ramo do conhecimento humano, é indispensável a eliminação do erro. DESCARTES (1952) teve oportunidade de afirmar que o erro consiste em um ato de vontade. Mas o delírio, do ponto de vista fenomenológico, representa uma perturbação do juízo. Citemos alguns exemplos: BALL (1890) definiu a alucinação como uma "percepção sem objeto". Trata-se de um erro clamoroso, pois não existe percepção sem o objeto percebido. A alucinação é uma perturbação da consciência imaginante e não da consciência perceptiva. Tanto no caso da percepção de um objeto real ou na de um objeto alucinatório, ambos os fenômenos se encontram na consciência. Nos manuais da especialidade, costuma-se estudar o delírio como uma "perturbação do conteúdo do pensamento". Trata-se de um erro absurdo e persistente, pois o delírio é um resultado de uma perturbação de função, um distúrbio no ato de formação dos juízos (PAIM, 1990).

Os erros persistem devido a uma incapacidade volitiva. Mas no caso do delírio, o fenômeno aparece de modo súbito. Em muitos casos, o enfermo tem a convicção de que ocorreu uma mudança impalpável e inexplicável no ambiente, que, para ele, se tornou estranho, enigmático, representando, muitas vezes uma ameaça a sua integridade pessoal. Uma enferma de JASPERS (1955) referiu: "Há alguma coisa estranha, diga-me o que há" e outro paciente disse: "Eu não sei mas há alguma coisa". Os doentes pressentem que há algo no ar, não sabem precisamente do que se trata, mas "uma tensão suspeita, desagradável, estranha o domina".

A diferença entre erro e delírio consiste precisamente nisto: o erro é o resultado de uma elaboração intelectual falsa, estruturada sobre bases equivocadas, que não se ajustam à realidade. Esta idéia falsa pode ser retificada a qualquer momento, seja pelo próprio senso crítico daquele que se encontra em erro, seja porque aceitou os argumentos de uma pessoa mais esclarecida. No entanto, o delírio tem como características principais a irredutibilidade e a incorrigibilidade por meio de argumentos.

Para alguns autores, no enfermo delirante verifica-se a "perda do juízo de realidade". Por isso, torna-se incapaz para fazer a avaliação correta da realidade. Segundo DELGADO (1969), o juízo de realidade consiste na capacidade humana de discernir o real do irreal. Em virtude dessa capacidade, é possível separar a verdadeira realidade daquilo que resulta da imaginação ou de crenças solidamente fundamentadas. A esse respeito, JASPERS (1977) escreveu: "O juízo de realidade surge da elaboração ideal das experiências diretas. Estas são provadas sucessivamente: como real vale somente o que mantém a prova e se confirma por ela; portanto, somente o que é acessível ao saber comum idêntico e não é apenas subjetivamente privado. Um juízo de realidade pode transformar-se em uma nova vivência direta. Vivemos constantemente com esta espécie de saber adquirido sobre a realidade que não temos explicitamente diante dos olhos. Características da realidade, como são captadas no juízo de realidade, são pois: a realidade não é uma experiência singular em si, senão somente o que se mostra real na conexão da experiência, finalmente, em toda a experiência. A realidade é relativa, isto é, enquanto é reconhecida como tal e se mostra até aqui que pode também ser diversa. A realidade é aberta, e se baseia na visão e em sua certeza, não na corporeidade e na vivência direta da realidade como tal, que, além disso são membros em todos os pontos de apoio, iniludíveis, porém constantemente provados. Por isso, a realidade do juízo de realidade é algo que flutua, algo movido na razão".

A perda do juízo de realidade contribui para que o enfermo realize uma completa ruptura com o ambiente. Em consequência, ocorre uma verdadeira mutação das relações que antes eram mantidas com outras pessoas. Sem dúvida alguma, o paciente delirante vivencia outra realidade, visto que as relações entre ele e o mundo foram completamente destruídas.

JASPERS (1955, 1977), SCHNEIDER (1957, 1968, 1976) e, principalmente, CONRAD (1963) destacaram a existência de conexões, estrutural e genética, entre o delírio e o estado de ânimo do enfermo. Estas alterações foram denominadas por JASPERS (1955, 1977) de humor delirante (*Wahnstimmung*) e contribuem para o que o paciente percebe que, em seu ambiente, existe 'algo', embora este algo seja inteiramente obscuro. Surge no paciente um sentimento de insegurança que o leva, instintivamente, a procurar um ponto de apoio no qual possa "agarrar e firmar-se". A partir desse instante, o mundo exterior é percebido como algo inquietante, angustiante e ameaçador. Em muitos casos, é possível

observar certa discordância com o conteúdo, conforme assinala SCHNEIDER (1968) quando afirma: "... o humor delirante pode ser sinistro, inquietante; a percepção, beatífica". Considera-se que esta discordância talvez se encontre no conteúdo do delírio, em resultado da própria história pessoal do enfermo, de suas vivências traumáticas e que venha a exercer grande influência a partir do momento em que se inicia o delírio. "A estrutura do humor delirante conduz, por si mesma, o absurdo e a disparidade, precisamente porque a unidade de sentido da vivência do ser normal está partida, fissurada. Não se encontra cindida apenas a unidade de sentido, senão a unidade da própria vivência, tal como se revela no indivíduo normal. Daí o fenômeno da mescla ou contaminação" (LÓPEZ-IBOR, 1953).

A partir de certo momento, inexplicavelmente, as coisas adquirem uma nova significação. Hans GRÜHLE (1956) emprestou à vivência de significação uma importância decisiva na estruturação do delírio. Em sua opinião, esta é a causa e a essência do delírio primário, pois, por trás da vivência de significação, encontra-se o processo cerebral ou psicótico do qual se origina. Considera a vivência de significação com o fracasso das tentativas de compreensão das ocorrências do ambiente. Por conseqüência, o mais importante no delírio primário, em sua opinião, seria o impulso à interpretação simbólica. A vivência delirante não emerge de alteração perceptiva, senão que é a própria vivência delirante que altera o modo de perceber e interpretar o mundo externo, alterando o significado das percepções.

JASPERS (1955) considera o humor delirante como o acontecimento patológico primário, fonte de delírio, embora não represente o motivo dele. Entende como humor delirante a singular fusão de sensação, unindo-se à percepção de mudança do ambiente às de transformação da pessoa e consciência de um perigo que se insere no próprio eu do enfermo, dando origem a um estado especial de angústia, perplexidade, incerteza, confusão e inquietude. "... ainda que inteiramente obscuro, no entanto, há sempre algo, gérmen de um valor e de uma significação objetiva. Este humor delirante geral, sem determinados conteúdos, torna-se por completo intolerável. Os enfermos sofrem de maneira terrível, e já a aquisição de uma representação determinada traz-lhes um alívio. Surge no paciente um sentimento de inconsistência e de insegurança, que o impulsiona instintivamente a procurar um ponto sólido no qual possa segurar e firmar-se. Este complemento, este fortalecimento e

consolo encontra-o apenas em uma idéia, do mesmo modo que as pessoas são em idênticas circunstâncias. Em todas as situações da vida em que nos sentimos deprimidos, amedrontados e sem orientação, a repentina consciência de um conhecimento claro, seja falso ou verdadeiro, tem em si já um efeito tranquilizador e o sentimento provocado em nós por aquela situação perde *ceteris paribus* com freqüência, por isso, muito de sua força, à medida que o juízo ganha clareza sobre ela. Por outro lado, nenhum terror é maior do que quando nos encontramos diante de um perigo ainda indeterminado. Surgem logo convicções de certas perseguições, delitos, acusações ou de maneira inversa o delírio da idade de ouro, de crença na elevação divina, em uma santificação".

Para HAGEN (1970), o humor delirante não traduz uma situação afetiva, senão certa sensação de desconforto e insegurança, que impulsiona, instintivamente, o enfermo a procurar um ponto de apoio para manter e consolidar a integridade do eu, refugiando-se o mesmo no delírio, porque somente ele lhe proporciona apoio e firmeza. Em contrapartida, SCHNEIDER (1968, 1976) não admite que o delírio mantenha relações diretas com o humor delirante. De modo especial, o delírio não pode surgir do nebuloso e incoerente conteúdo do humor delirante. Trata-se de um saber sem uma percepção clara: segredos e acontecimentos misteriosos são conhecidos.

É necessário estudar, ainda, a concepção de certos autores que não se interessam pelo conteúdo do delírio, e investigam os transtornos funcionais nos quais se origina. Entre os autores que seguem esta linha de pensamento, encontram-se SCHNEIDER (1930). Para este autor, o delírio é mantido pela vivência esquizofrênica, por isso, o seu conteúdo se torna extravagante e absurdo. O delírio se encontra, na esquizofrenia, em relação psicológica com os demais sintomas, mas é destituído de significação, pois não tem outro significado além das alterações que o processo esquizofrênico imprime às vivências, razão pela qual tem maior importância, do ponto de vista psicopatológico, a mutação incompreensível experimentada pela vivência, do que a existência do delírio. Tomando como princípio o seu conceito de "sociedade de sintomas", admite que o delírio faz parte da "sociedade de desvario" e teria sua origem no "oscilante encadeamento dos acontecimentos", característica do pensamento esquizofrênico. Assim, o delírio primário se origina do "desvario", entendendo, como tal, o pensamento no qual se observam distribuição, cesura e conclusões.

SCHNEIDER (1930) admite que o delírio tem as seguintes características: compreensibilidade de conteúdo, grau de certeza da vivência, significação de realidade para a atitude do enfermo, grau de experiência que representa o conteúdo e forma do desenvolvimento do próprio enfermo.

No processo esquizofrênico, destaca o autor citado, o delírio se encontra na dependência de alterações da execução psíquica e do ato intencional, como características formais da atividade delirante. Os arranjos de relação fazem-se aí, não mediante a conexão lógica e mais ou menos ordenada de conteúdos significativos empíricos anormais, mas à custa da irrupção de significações puras, irracionais ou obscuras.

***CAPÍTULO 4***  
***EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO***  
***CONCEITO DE DELÍRIO***  
***CRÔNICO***

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

A escola francesa de psiquiatria estudou, de maneira exaustiva, o conceito de delírios crônicos sistematizados e manteve de pé este velho conceito, que sempre resistiu às propostas de renovação empreendidas pelos psiquiatras de língua alemã, principalmente de parte daqueles que seguiam a orientação da fenomenologia. Apesar da resistência às contribuições do método fenomenológico em relação ao delírio, a psiquiatria francesa permaneceu aferrada ao velho conceito (DUPRÉ, 1925), não se deixando influenciar pelas propostas de renovação apresentadas por JASPERS (1955), GRÜHLE (1956), SCHNEIDER (1968), CONRAD (1963) e muitos outros eminentes fenomenologistas.

Na literatura psiquiátrica de língua portuguesa existem três trabalhos fundamentais sobre os delírios crônicos sistematizados, de autoria de MATTOS (1898); ARAÚJO LIMA (1935) e NOBRE DE MELO (1945).

Foram descritos os seguintes tipos de delírios crônicos:

4.1. Delírio de Perseguições - em meados do século passado, numa época em que a psiquiatria se encontrava em formação, não havendo ainda nenhuma distinção entre psicopatologia e psiquiatria, época em que predominava o conceito de 'monomanias', LASÈGUE (1852) isolou e descreveu, com entidade nosológica autônoma, o "delírio de perseguições". O quadro clínico da entidade proposta por LASÈGUE (1852) estaria subordinado a dois períodos de evolução, perfeitamente delimitados: o de 'incubação', individualizado pela perturbação afetiva inicial, que se caracterizava, principalmente, por um vago e indefinido mal-estar subjetivo, absorvente e inquietante, no qual o enfermo se considera vítima de hostilidades, cuja origem não consegue determinar. Sobrevém, em seguida, o período de 'estado', em que o delírio se instala de modo definitivo e torna-se sistematizado. "A princípio, o doente não exprime a idéia de uma perseguição senão com certa reserva, hesitante, tentando ainda provar a si mesmo que ela é absurda; mais tarde, porém, a dúvida esbate-se e o sistema delirante aparece definitivamente formado" (MATOS, 1923). É nesta fase que o enfermo personifica e reconhece os seus perseguidores: a polícia, os jesuítas, a maçonaria.

A duração do primeiro período é extremamente variável: pode ser breve ou ter uma longa duração e, por uma progressão irremediável e bem determinada, atinge o seu apogeu a fábula delirante.

No quadro sintomatológico descrito por LASÈGUE (1852), sobressaem as alucinações auditivas: o doente ouve trechos de conversas, que admite estarem relacionadas com a sua pessoa; os ruídos comuns, como a passagem de um trem, os passos de alguém que sobe ou desce uma escada, uma porta que se abre ou fecha, adquire, para o doente um significado estranho, sempre relacionado consigo próprio. O autor citado exclui do quadro do delírio de perseguições as alucinações visuais: "Basta que um doente acuse visões para que eu não hesite em afirmar que ele pertence a outra categoria de delirante". Acrescenta: "Qualquer que seja a época em que elas se declarem, as alucinações pertencem sempre ao grupo das auditivas; não é demais a minha insistência sobre este caráter, que considero patognomônico". Contudo, ele não considerava obrigatória, no quadro clínico, a apresentação de alucinações auditivas.

LASÈGUE (1852) tentou uma explicação patogênica do seu delírio de perseguições, admitindo que as idéias delirantes procediam da necessidade que o enfermo sente de explicar as sensações anormais do período inicial e resultariam, desse modo, de uma elaboração lógica consciente. Escreveu: "A crença numa perseguição não é senão secundária; provoca-a necessidade de dar uma explicação a impressões mórbidas provavelmente comuns a todos os doentes e que todos referem à mesma causa". Assim, através do raciocínio, o paciente delirante passaria do vago mal-estar subjetivo do período inicial ao delírio sistematizado. Os sintomas prodrômicos consistiriam numa perturbação da sensibilidade, uma alteração afetiva: o fenômeno intelectual, o delírio, seria ulterior e uma consequência das perturbações emocionais. "A transição faz-se então por este invariável raciocínio: os males que sofro são extraordinários; tenho experimentado duros golpes, mas consegui descobrir mais ou menos o motivo; agora encontro-me em condições estranhas que não dependem da minha saúde, nem da minha posição, nem do meio em que vivo: é preciso que alguma coisa de exterior, independente de mim intervenha; sofro e sou infeliz: só inimigos podem ter interesse em me molestar; devo, pois, crer que intenções hostis são a causa das impressões que experimento" (LASÈGUE, 1852).

Ao atingir o período de sistematização, segundo o autor citado, o enfermo já não sentiria grandes perturbações emocionais: "...mudando constantemente de casa, perturbando de modo incessante magistrados e autoridades com queixas intermináveis, mantêm, contudo, certa estabilidade do humor".

Ao referir-se à etiologia, LASÈGUE (1852) assevera que o delírio de perseguições é mais frequente entre 35 e 50 anos e que a perturbação se manifesta de preferência no sexo feminino. Referindo-se à relação entre o delírio e o caráter anterior do enfermo, diz que não se trata de exagero de uma tendência natural, mas de "...um elemento patológico novo".

Charles LASÈGUE (1852) nasceu em 1816. A princípio se interessou pelos estudos de filosofia, disciplina que chegou a lecionar numa escola de Paris. Aconselhado por seus amigos Claude BERNARD (1878) e MOREL (1857, 1860), começou a estudar medicina e, como revelasse inclinação par aos estudos da alienação mental, aproximou-se de Jean-Pierre FALRET (1864). Após a conclusão do curso médico, foi nomeado chefe de clínica do Departamento de Polícia da Prefeitura de Paris. Durante a sua atividade profissional, teve oportunidade de examinar um número considerável de doentes mentais, o que contribuiu, indiscutivelmente, para a sua notável contribuição ao descrever o "delírio de perseguições".

Em fins do século passado, LEGRAND DU SAULLE (1871) aprofundou o estudo do delírio de perseguição, tendo acrescentado à descrição original de LASÈGUE (1852) alguns sintomas da maior significação para a delimitação do quadro clínico. Esclarece que, em tais casos, os enfermos se consideram vítimas de ameaças inquietantes, de maquinações infernais, de hostilidade de toda espécie, que partem das pessoas do seu próprio ambiente. No início, o delírio é extremamente vago e indeterminado; o enfermo apenas se mostra desconfiado, descontente, mal-humorado. Adota a idéia estranha de que a polícia, os mágicos, os inimigos desconhecidos tramam contra a sua honra ou conspiram contra a sua vida. A evolução patológica efetua-se, ordinariamente, de modo lento, sem que, portanto, se possa assinalar, em sua marcha, uma duração constante no caso de indivíduos diferentes.

Nesses casos, acrescenta-se uma inquietude indefinida e incomparável. É, por exemplo, o que ocorre com certas pessoas normais que têm seus interesses muito comprometidos; tornam-se inquietas sem saber a causa. Não existe nenhuma dificuldade que tenha alterado a sua existência, seus afazeres pessoais continuam inalterados e, mesmo, em franca prosperidade. No entanto, estão inquietos, atormentados, ansiosos e alguns se mostram surpreendidos, pois se encontram em situação incomparável, chegando, eles próprios, a se interrogarem a respeito dos motivos de sua inquietação. Em tal situação, os acontecimentos mais insignificantes adquirem significações novas, sempre de natureza desfavorável. Em torno de sua pessoa tudo está modificado, mudado; percebe que já não o tratam de maneira cordial como dantes. Encaram-no com expressões de mofa. Começa a admitir que os outros adquiriram o poder de captar os seus mais íntimos segredos.

Nesta fase, não se delinea nenhum plano preciso, não manifesta queixas, nem formula acusações declaradas, mas já admite que está sendo vítima de uma perseguição intolerável. É, neste momento que a idéia de perseguição começa invariavelmente a ser admitida por esses enfermos, mas, de qualquer maneira, ainda com certa indecisão. Pelo menos nas primeiras fases. O doente se diz e diz aos outros que sua inquietude, suas angústias não são naturais. Não encontra a causa em seu próprio ambiente, no seu estado de saúde, nem na sua sorte; ele não sabe a que atribuir as suas sensações anormais, suas desconfianças. A partir de então, adquire hábitos singulares e estranhos, muda com frequência de domicílio e imagina os meios mais extravagantes para se proteger das maquinações dos seus inimigos desconhecidos.

De acordo com LASÈGUE (1852), quando o delírio se concentra em uma idéia de perseguição, o enfermo começa a demonstrar certa reserva. Hesita em expor as suas dúvidas, interroga a si mesmo, tenta encarar os lados fracos de suas explicações e tem esperança de encontrar uma outra que possa esclarecer a prova a que está sendo submetido. Aos poucos, a indecisão se desfaz, é substituída pela certeza; o alienado compõe de maneira definitiva o sistema delirante do qual será prisioneiro.

De maneira progressiva, o delírio vai adquirindo sistematização. Constitui-se uma estrutura bem organizada e, a partir de então, começa a emprestar um significado especial às vozes que o insultam e o acusam de faltas não cometidas, que revelam as

manobras dos seus inimigos, que advertem da situação perigosa em que se encontra. Muitas das vozes que escuta, sugerem que ele cometa o suicídio, como a única forma de escapar do *complot* que foi organizado contra a sua pessoa. Tudo o que acontece no ambiente é interpretado no sentido de suas idéias delirantes. Considera-se como vítima de forças ocultas, que designa como 'eletricidade', 'magnetismo'. Desconfia que lançam gases maléficos através das torneiras, dos buracos das fechaduras, e que colocam substâncias venenosas em seus alimentos. O enfermo conserva uma atitude de expectativa ansiosa e, aterrorizado, não consegue dormir, recusa ingerir líquidos e deixa de se alimentar.

LEGRAND DU SAULLE (1871) refere que, na Idade Média, os pacientes com delírio de perseguição se consideravam "obsedados pelo demônio", enquanto em sua época admitiam serem vítimas de sortilégios ou atormentados por forças ocultas, maléficas, clandestinas, que exerciam a sua influência à distância".

Os enfermos percebem que são difamados através dos periódicos, intimados a comparecer perante a justiça e, por este motivo, encaminham recursos aos tribunais imaginários, produtos de sua fantasia delirante, na esperança de deter as perseguições. Diz ainda que "o perseguido, após ter invertido e multiplicado derrota sobre derrota, não tem senão o recurso supremo de fazer justiça a si próprio. Torna-se perseguidor".

Esclarece LEGRAND DU SAULLE (1871) que, ao adquirir a forma grave, o enfermo se mantém numa solidão deliberada: evita qualquer preocupação estranha, afastando-se do convívio dos outros com os quais mantinha um bom relacionamento e passa a viver inteiramente isolado no meio social. Com medo de ser envenenado, ele adquire os alimentos *in natura* e prepara as próprias refeições. Mostra-se desconfiado, sombrio e taciturno. Afasta-se cada vez mais das pessoas, procura viver oculto, observa e comenta os atos e as palavras, os gestos ou o olhar daqueles que se aproximam e, em toda esta fase de terrível sofrimento, ele continua, de bom grado, à espreita de novas manifestações de crueldade que estão concatenando contra si próprio. Apesar de tudo, o paciente mantém uma atitude resignada, tolerando silenciosamente as hostilidades que o atingem e imagina, com secreta premeditação, a terrível represália que virá. Ainda mais: o enfermo constrói *in petto* o seu próprio pedestal e, em sua troca constante de comunicações íntimas com si próprio, ele se orgulha da cólera que o abrasa, dos ressentimentos que suscita, das tempestades que pretende desencadear.

Na opinião de LASÈGUE (1852), as alucinações auditivas acompanham sempre o delírio de perseguição. No entanto, não representam uma conseqüência de exacerbação da enfermidade, mas um sintoma progressivo, aparecendo em qualquer fase evolutiva da moléstia. Em alguns casos, surgem desde o início da doença e, a partir de então, é possível verificar que o paciente as tenta repelir como absurdas. Muitas vezes consegue ser bem sucedido durante algumas semanas, ou durante alguns meses, tentando evitar o seu reaparecimento, mudando as horas de sua manifestação, quando os seus inimigos o insultam na rua. Em outros casos, os enfermos abandonam a casa onde residem, quando consideram que os perseguidores surgem em sua própria vizinhança, ou mudam de cidade e seguem para o campo na esperança de ali se encontrarem a salvo das alucinações. Desse modo, ele imagina enganar aos seus inimigos. Durante algum tempo permanecem tranqüilos, mas essa calma é apenas passageira: os seus inimigos secretos não tardam a descobrir o seu paradeiro e a perseguição recomeça. Tenta uma nova escapada na esperança de encontrar a tranqüilidade almejada, mas isso pode preservá-lo apenas por alguns dias. Nesta fase, o delírio está inteiramente desenvolvido e caracterizado. As alucinações auditivas se estabelecem, então, de maneira definitiva.

*Exemplo: "Um enfermo apresenta alucinações auditivas muito curiosas; ele viaja para Londres e dali para a América a fim de escapar dos seus inimigos imaginários e após duas ou três viagens ele se refugia a bordo de um navio de partida, e a sua presença só é descoberta depois de algumas horas de viagem. Esse estratagema deu bons resultados, à primeira vista; ele não teve senão que elogiar a conduta do capitão e dos passageiros, e permaneceu tranqüilo durante a travessia; porém, mais tarde, a conduta do capitão e dos passageiros se tornou suspeita, e as alucinações reapareceram".*

Diz LASÈGUE (1852) que esses doentes criam um vocabulário próprio, de acordo com o seu grau de instrução, o meio social e as suas concepções delirantes. Em algumas ocasiões empregam certas palavras com sentido especial muito difícil de ser apreendido pelo interlocutor. Alguns enfermos apresentam alucinações auditivas bilaterais antagonistas. Uma enferma dizia, a respeito de suas alucinações auditivas, que, de um lado, "falavam os bons" e do outro "falavam os maus". LASÈGUE (1852) cita o caso de um dos seus pacientes que se queixava de ser 'duplo': "Eu não existo mais, a minha pessoa foi

partida em duas metades distintas e absolutamente independentes de mim mesmo; a metade direita mantém conversação com a metade esquerda, a metade esquerda responde à metade direita, e não sou mais do que um espectador".

Em seguida reproduz a observação de uma enferma que apresentava vivência de influência corporal: *"Todas as vezes que meu bom pai fumava, o movimento de sua boca fazia movimentar a minha. Eu sentia um puxão, tinha medo e me salvava. Eu fugia quando ele se aproximava. Ele é bom, mas ele me comanda. Ele jura que não, mas o seu juramento 'responde em mim'. É um poder da Corte que me tem prejudicado. Ele era depois um morto, era a minha patroa; ela me persegue, eu não a vejo, nem entendo nada, mas o túmulo passou 'através de mim'. Sinto mal do coração, eu vomito; pela manhã tudo desaparece. Em outras noites as paredes se abriram e atiraram um golpe de fogo sobre os meus olhos. Sofro dores terríveis, eu ouvi o meu anjo da guarda. Recebi golpes de força em minhas pernas; disseram-me que era uma variz e fizeram uma atadura. Quando pensavam, eu sofria. Fiquei curada depois de três anos. Era a força que me incomodava. No dia de Todos os Santos o poder ou a força me jogava qualquer coisa de sal sobre os meus alimentos. Esses são os poderes da Corte de São Filipe: "Assisti esta pobre mulher, ela é torturada pela Corte da França. Ela veio de Roma".*

LEGRAND DU SAULLE (1871) admite que existe uma forma especial de loucura, na qual o alienado se considera vítima de perseguições. Esse estado leva o doente a se colocar em defesa contra todo mundo. Do quadro sintomatológico fazem parte alucinações auditivas, caracterizadas por vozes que, habitualmente, dirigem ofensas ao enfermo. Podem ser vozes diferentes, umas fazem elogios ao doente, procuram confortá-lo, outras dirigem ameaças, imprecações ou procuram depreciá-lo, dirigindo-lhe ofensas e humilhações. As vozes podem consistir apenas em murmúrios ininteligíveis ou em palavras e frases pronunciadas em tom de voz claro e perceptível. O autor citado faz referência ao fato de alguns enfermos informarem que se comunicam através do pensamento, fenômeno que, posteriormente, recebeu a denominação de 'alucinações psíquicas'. Refere que, quando tentamos questionar os problemas relatados pelos enfermos com delírio de perseguição, acompanhado de alucinações auditivas, as suas respostas são sempre as mesmas: "Eles empregam magnetismo", "Falam através de meios sobrenaturais".

Exemplo clínico de delírio de perseguição tipo LASÈGUE (1852):

*"O prefeito de uma grande cidade, com quarenta e três anos de idade, de temperamento sanguíneo, acusado injustamente de ter favorecido uma insurreição em seu departamento, tentou o suicídio provocando um grave ferimento no pescoço. Foi levado a um hospital da cidade vizinha. Ficou completamente curado do ferimento, mas, a partir de então, começou a se considerar desonrado, cercado de espíões. A sua convicção sobre este problema era bastante consistente, pois escutava vozes que o acusavam e, entre as quais, algumas o incitavam a que se matasse, porque não podia viver desonrado. Essas vozes empregavam vários idiomas da Europa (as línguas eram todas conhecidas do enfermo). Ele percebia de maneira distinta que as pessoas que lhe dirigiam a palavra estavam presentes e, com freqüência, ele se colocava em locais que permitissem escutá-las de maneira perfeita. Sentia dificuldade para compreender aquelas que utilizavam a língua russa, que ele falava com dificuldade. Ele começava a ouvir as vozes alguns minutos após ter acordado e, durante a noite, impediam que adormecesse. Algumas vezes ele respondia ou chegava a discutir com as vozes. Dentre elas, algumas provocavam nele acessos de cólera, quando se sentia provocado. Encontrava-se perfeitamente convencido de que, por meios mecânicos, os seus inimigos podiam penetrar em seus pensamentos mais íntimos e fazer chegar até ele repreensões, ameaças, e diziam claramente o que iam fazer-lhe. Ele foi passar o verão em uma casa de campo: quando se encontrava na companhia de alguém, ou quando estava distraído, ele não entendia mais as vozes, mas elas retornavam quando ele se encontrava a sós. No outono seguinte, ele retornou a Paris; as vozes o acompanhavam; elas insistiam para que ele se matasse, mas o enfermo tentava encontrar uma justificativa. Procurou o chefe de polícia, que o recebeu de maneira cortês e lhe deu uma carta apropriada para resguardá-lo. Apesar disso, as vozes não cessaram. Ele se mostrava confiante após três meses, moralmente mais confortado, a esse propósito, fato que muito contribuiu para o seu retorno à sociedade como um homem reconhecido pelo seu saber e por sua conduta".*

Diz LEGRAND DU SAULLE (1871) que os diferentes tipos de delírio de perseguição variam com os doentes. No entanto, é evidente que os sintomas característicos, fáceis de serem verificados quando se teve oportunidade de examinar um certo número de enfermos, permitem estabelecer facilmente o diagnóstico. Um ponto importante destacado

pelo autor citado é o fato da circunscrição do delírio, que gira sempre em torno das mesmas idéias para o mesmo enfermo: aquele a quem se calunia é sempre caluniado; aquele que se sente perseguido pela polícia está sempre fugindo da polícia.

O autor citado refere a certas expressões características desses doentes: "alguém me faz falar", "alguém é senhor do meu pensamento", "alguém me insulta pelo pensamento", "alguém me impede de fazer isto ou aquilo", "eu não me pertenco mais", "eu me tornei independente de mim mesmo", "alguém me dirige à distância", "alguém repete as minhas palavras", "alguém fala pela minha boca". Com frequência, os doentes formam um vocabulário especial, criam neologismos de acordo com o seu grau de instrução, seu meio social e suas concepções delirantes, conforme a natureza das perseguições das quais eles se consideram vítimas e a qualidade dos seus perseguidores.

Diz LEGRAND DU SAULLE (1871) que, quando se registram diretamente as palavras dos doentes, toda a sintomatologia do delírio de perseguição se torna evidente e contribui para facilitar o trabalho do perito, quando solicitado pela justiça a prestar esclarecimentos aos tribunais civis.

Seguindo a trilha aberta por LASÈGUE (1852) na direção do estudo dos delírios crônicos, FOVILLE (1871) publicou, em 1869, o seu trabalho intitulado 'Loucura com predomínio do delírio de grandeza', onde procura estabelecer as relações existentes entre o delírio de perseguição e o de grandeza.

Como introdução, FOVILLE (1871) diz que o delírio de grandezas pode aparecer de forma episódica na maior parte das doenças mentais e, em muitos casos, chega a adquirir preponderância e revestir-se de traços inconfundíveis na loucura parcial. De acordo com o autor citado, esta forma de alienação mental tem as características seguintes: a presença de um delírio sistematizado, a ausência de fase depressiva ou expansiva, a presença de alterações psico-sensoriais e cronicidade. Em sua opinião, o delírio de perseguição, descrito por LASÈGUE (1852), consiste numa forma típica de loucura parcial. A outra seria a 'megalomania', definida por ele como um delírio de grandezas logicamente estruturado, ao qual se associam alucinações crônicas e, na fase de estado, idéias delirantes de perseguição

No quadro clínico da loucura parcial, segundo FOVILLE (1871), dominam as concepções delirantes e as alucinações. A transição do delírio de perseguição ao de grandeza se faz através de um processo lógico. "Depois de terem, por algum tempo, atribuído as próprias alucinações a inimigos desconhecidos, contentando-se por explicá-las por uma palavra mais ou menos obscura e misteriosa, certos lipemaníacos (depressivos) alucinados dizem para si mesmos: acontecimentos desta natureza não podem acontecer, no estado social em que vivemos, sem a intervenção de pessoas influentes e poderosas; estas são, portanto, as instigadoras dos nossos tormentos. Outros, ao contrário, reconhecendo que não sucumbem nunca de um modo completo aos perigos de que se sentem cercados, supõem ter amigos ocultos, mas de um grande poder, que os protegem. Esta ordem de idéias imprime desde então o seu cunho ao conjunto das concepções e alucinações; os doentes falam de grandes personagens que vêm por toda a parte, desconhecem a identidade real dos indivíduos que os cercam e acreditam que imperadores, imperatrizes e príncipes os visitam ou lhes enviam mensagens. No meio do delírio melancólico, as idéias de grandeza adquirem realmente uma importância considerável. Mas as coisas podem ir mais longe ainda. Impressionados pela desproporção entre a sua posição social e o poder de que devem dispor os seus inimigos para os atingirem, a despeito de tudo; entre o apagado papel que desempenham no mundo e os móveis imperiosos que podem explicar o encarniçamento com que são perseguidos, alguns destes doentes terminam por interrogarem a si próprios se realmente são tão pouco importantes como parecem. Uma nova perspectiva se abre diante do seu atormentado espírito: não é já a dos outros, mas a própria personalidade que aos seus olhos se transforma. Para que os persigam desse modo, dizem eles, é preciso que estejam em jogo altos interesses e isso só se compreende porque eles façam sombra a pessoas ricas e poderosas, porque tenham, eles próprios, direito a uma fortuna e a uma posição de que fraudulentamente os despojaram, porque pertençam a uma classe elevada de que foram afastados por circunstâncias mais ou menos misteriosas, porque não sejam verdadeiros pais os que se consideram tais, porque pertençam, enfim, a uma alta linhagem, na maioria das vezes da realeza".

Em continuação, acrescenta: "Estas idéias terão, sobretudo, tendência a produzir-se nos casos em que, já antes da doença, o indivíduo teve de sofrer alguma forma de agressão ao seu orgulho ou nos seus interesses pelo fato da irregularidade ou do mistério do

próprio nascimento. Assim, temos notado que esta crença numa origem ilustre, que esta crença numa imaginária fortuna é relativamente freqüente nos filhos naturais que se tornam doentes mentais. São eles, principalmente, os preparados para que às idéias de perseguição se juntem uma nova fábula em que dominam as concepções de grandeza, as substituições de nascimento, as confusões de pessoas".

Nesse sentido, FOVILLE (1871) segue rigorosamente a mesma orientação de LASÈGUE (1852), que explicava a interferência do raciocínio na passagem do delírio de perseguição ao de grandeza. Em alguns casos, porém, FOVILLE (1871) admite que as concepções delirantes ambiciosas se instalam em primeiro lugar e, "...por uma espécie de propagação regressiva que, ao fim de certo tempo, termina por nivelar as situações". O autor citado assim explica o mecanismo de transição: "É difícil acreditar um doente na posse de direitos à fortuna e ao poder, figurar-se descendente de uma família ilustre, e não se sentir perturbado pela modesta condição em que se encontra ou pela exigüidade de recursos de que dispõe. Nisto vê ele um sinal de injustiça, que atribui à ação de inimigos poderosos; considera-se, pois, vítima de manobras hostis e fabrica assim um delírio de perseguição sistematizado, secundário agora e conseqüência das idéias de grandeza".

Trata-se sempre de um processo lógico que se destina, segundo FOVILLE (1871), a explicar a passagem do delírio ambicioso ao de perseguição. A loucura parcial, portanto, qualquer que tenha sido o seu ponto de partida e qualquer que seja o seu desenlace final, encontra-se na dependência do raciocínio, dentro da esfera consciente do pensamento logicamente coordenado.

A única originalidade do trabalho de FOVILLE (1871) consiste no fato de ter considerado o delírio de grandeza como uma entidade nosológica autônoma, designando-a com a antiga expressão: 'megalomania'.

Eis o resumo de uma observação de FOVILLE (1871): "*M. L. era filho natural de uma francesa e um nobre inglês e, apesar de ter sido reconhecido, ele sofria moralmente pelo fato da irregularidade do seu nascimento.*

*"L. recebeu uma boa educação e se tornou oficial da marinha. Entre os vinte e vinte e cinco anos fez uma viagem de circunavegação.*

*"Por sua vez, sem motivo conhecido, L. abandona a marinha e se consagra à arte do desenho, para a qual revelou grande talento. Em alguns anos, ele adquiriu uma reputação das mais honrosas. "Inteiramente devotado à arte na qual era muito hábil, L. resolveu fazer, unicamente arte pela arte, e o seu trabalho não lhe proporcionava os ganhos necessários para a sua manutenção. Assim viveu quase sempre às voltas com grandes problemas pecuniários. O seu caráter era naturalmente predisposto às idéias tristes e à desconfiança; com razão ou sem razão, ele considerava que o seu talento fazia sombra aos outros artistas dedicados à mesma especialidade, os quais, segundo admitia, o consideravam como um intruso, porque havia se formado a si próprio, em lugar de ter passado pela escola de belas-arts. Ele se considerava, desde então, como alvo da crítica malévola de todos os seus colegas. Parece que essas idéias não tinham fundamento, mas o certo é que foram ampliadas consideravelmente pela tendência à desconfiança de L., que, cheio de suspeitas costumava levar as questões de honra a um exagero desproporcionado. Nessa época já se considerava perseguido e dizia que as suas obras, inteiramente realizadas por ele, desenho e gravuras, eram atribuídas a outros artistas. Dizia que os seus inimigos haviam substituído o seu nome em muitos dos seus trabalhos e assim colhiam os frutos do seu talento, celebridade e proveito. Ele se incompatibilizou com todos aqueles que lhe poderiam ser úteis e ficou reduzido a uma existência material das mais precárias. Destruíu muitos dos seus trabalhos, pois não queria que outros se aproveitassem injustamente das vantagens que lhe eram recusadas; várias de suas gravuras foram adquiridas no comércio por um preço relativamente elevado, precisamente por causa da destruição feita por ele mesmo de muitos dos seus desenhos.*

*"Do domínio de sua arte, as suas concepções delirantes passou às questões políticas e sociais. Ele via todas as coisas através de um prisma falso e ameaçador, acreditando que o regime político da época se dirigia principalmente contra ele, e acusava o chefe de Estado de ser o instigador de todas as perseguições que lhe moviam. Imaginava que a sociedade inteira se havia entregue ao deboche mais infame, via por toda parte sodomia e pederastia, pretendendo reconhecer em cada lugar, segundo a percepção de um odor especial, os indícios da prática desses vícios, que uma voz imaginária batizara para ele de 'fantasia'.*

*"Desse modo, absorvido por idéias tão extravagantes, levando uma existência miserável fisicamente e moralmente atormentado, L. acreditava poder remediar todos os seus males pelo casamento. Não seria de espantar que, com semelhantes disposições, fosse mal encaminhado ou mal sucedido. Esta nova decepção seria o cúmulo dos seus sofrimentos; com falta de tato, caiu no último degrau do desânimo e desencorajamento, e partiu para o estrangeiro. Mas ele levava consigo as alucinações, os terrores e as idéias de perseguição; o trabalho lhe era impossível, a miséria o cercava e logo retornou à França para ser internado em um asilo de alienados.*

*"Após quinze anos de tratamento, não estando completamente restabelecido, ele resolveu fazer uma viagem na companhia de dois amigos. Mas a melhora foi de curta duração. Logo L. retornou, tendo rompido com os seus amigos, aos quais acusava de fazerem parte do bando dos seus inimigos. Ele não contava com recursos pecuniários; não pôde tentar senão o exercício de sua arte, porém levava para todas as suas relações uma desconfiança mórbida e uma altivez tal que dificultava qualquer aproximação. Em lugar de atribuir os seus fracassos às verdadeiras causas, ele não via senão uma nova prova da obstinação dos seus inimigos, que haviam jurado fazer com que ele morresse de fome.*

*"Além disso, novas sugestões despertaram o seu espírito para questões mais elevadas: de um lado, as vozes diziam que ele era, pelo sangue e pelo talento, descendente direto de Rafael; de outro lado, hostil aos ingleses, ele pretendia combater a sua preponderância marítima por uma série de publicações artísticas para as quais reclamava o apoio do estado. Após ter rompido todos os elos de suas relações sociais e perder todas as oportunidades de ganho, ele se engaja numa luta absurda no sentido de realização de suas utopias e como passa a experimentar todas as formas de privações L. é trazido novamente ao asilo de alienados.*

*"Durante toda a duração de sua permanência nesse estabelecimento, L. não cessava de se queixar de seus inimigos, que o tinham reduzido à miséria enquanto ele devia possuir uma fortuna imensa, e passa a encaminhar aos ministros, magistrados e deputados, relatórios de uma prolixidade inimaginável para reclamar justiça. Redige com a maior atenção um diário onde as circunstâncias mais insignificantes de sua vida cotidiana são fielmente registradas e interpretadas no sentido do seu delírio. Mas, ao mesmo tempo,*

*procura dissimular suas alucinações e não formula claramente as suas pretensões. Somente de tempos em tempos, em momento de expansão, ele pronuncia algumas palavras que revelam os seus pensamentos íntimos e denunciam particularidades do seu delírio.*

*"Foi através de suas confidências que nós conseguimos penetrar no espírito de L., em seu pretense nascimento ilegítimo, e escondia a sua origem ilustre em dois sentidos: como artista e descendente de Rafael; como homem político, reúne direito das famílias Bourbon e Orleans; em consequência deveria dirigir os destinos da França. É devido às manobras de seus inimigos, que as calamidades estão se sucedendo em nossos tempos, que a França se encontra humilhada diante do estrangeiro, que a ruína e a dissidência ameaçam todas as classes sociais, que a corrupção e o deboche (a 'fantasia') se encontram em plena liberdade.*

*"Enfim, nos últimos tempos de sua vida, L. exaltava ainda mais a sua auto-estima e chegava a dizer que ele era o próprio Jesus Cristo, que havia retornada à Terra para salvar a humanidade. Suas notas escritas mostram que as suas preocupações giravam em torno de sua pessoa, referindo-se à sua alta missão de reformador e moralizador e, de vez em quando, se orgulha de ter feito alguns prosélitos.*

*"Mas, o que é mais característico nele é o espírito de mortificação e penitência, procurava reduzir a sua alimentação ao mínimo possível e tenta esconder as privações diárias a que se impunha".*

Anos mais tarde, em 1870, LASÈGUE (1852) retoma o estudo dos delírios de perseguição e, numa tentativa de completar a sua descrição anterior, admitiu a existência de dois tipos: um 'passivo', representado pelos perseguidos, que apenas se defendem, mudando de residência, evitando o contato com outras pessoas. Desconfiam que tentam envenená-los e, por isso, preparam os próprios alimentos, encaminham queixas às autoridades. E outro 'ativo', o tipo menos freqüente, representado pelos "perseguidos-perseguidores", que lutam contra os seus supostos inimigos, caluniando-os, tentando prejudicá-los por todas as maneiras possíveis e imagináveis, chegando muitas vezes a agredi-los.

Em seus comentários à posição de FOVILLE (1871) e a nova proposta de LASÈGUE (1852), diz MATTOS (1898) que a época era de análise e a tendência geral dos pesquisadores clínicos consistia em se empenharem na fragmentação dos quadros nosológicos. Considera o referido autor que o livro publicado por LEGRAND DU SAULLE, em 1871, não prestou nenhuma contribuição original para o conhecimento dos delírios crônicos sistematizados, embora represente uma obra valiosa devido ao fato de ter reunido um número considerável de observações clínicas. Admite que, na realidade, o trabalho de LEGRAND DU SAULLE (1871) representa o desenvolvimento das idéias de LASÈGUE (1852), cuja ordem de exposição é adotada integralmente e, na maior parte das vezes, emprega de modo literal expressões próprias do grande pesquisador.

A esta primeira fase do estudo clínico dos delírios crônicos, pertence FALRET (1864), que, em 1878, descreveu os "perseguidos-perseguidores", admitindo que se tratava de uma nova variedade nosológica, com sintomatologia própria e etiologia definida. Esclareceu que, em face das perturbações de que se sentem vítimas, os enfermos podem comportar-se de duas maneiras possíveis: "uns se mostram passivos, são os perseguidos que não se defendem; apenas afastam-se do convívio social, mudando de residência, deixando de freqüentar determinados locais, adotando nomes supostos, preparando os próprios alimentos, queixando-se às autoridades, adotam medidas de proteção quando se encontram em seus aposentos ou suicidam-se".

A outra espécie, "os ativos, está representada pelos que respondem às supostas agressões agredindo os possíveis inimigos, e, na maioria das vezes, respondem com violência, caluniando, ferindo ou mesmo matando um dos supostos perseguidores". Por isso, FALRET (1864) chamou-os de "perseguidos-perseguidores", admitindo que "a explicação do seu modo especial de reagir deve ser pedida não a condições privativas do delírio, mas ao caráter moral pré-existente à vesânia" (MATTOS, 1923).

FALRET (1864) seguiu passo a passo a concepção de LASÈGUE (1852), em relação ao delírio de perseguição, porém introduziu nela algumas modificações bastante oportunas, que contribuíram para ampliar e aperfeiçoar as idéias do referido autor. Admitiu que "os perseguidos-perseguidores chegam à personificação do seu delírio em virtude de circunstâncias acidentais ou de fatos insignificantes, mas exatos, que contribuíram para

fortalecer a sua desconfiança em relação a determinado indivíduo; que tais circunstâncias ou fatos reais não recentes, mas em geral, antigos e evocados pela memória, incessantemente ocupada na revivescência do passado; enfim, que os doentes, uma vez identificado o seu perseguidor, não o esquecem mais, não o abandonam, nem o substituem, nem mesmo quando fatos ulteriores e de maior peso justifiquem sentimentos de ódio e de vingança contra outros indivíduos" (MATTO, 1898).

O ato de identificação do perseguidor encontra, na maioria das vezes, justificativas inteiramente absurdas, como por exemplo: uma pedra que se encontra na sua porta de entrada, um lençol esquecido na varanda de um vizinho, a tosse de um indivíduo que passa, tudo isso adquire uma nova significação para o enfermo.

Em relação à etiologia, diz o seguinte: "Estes doentes, ao invés de apresentarem desde a juventude um caráter desconfiado ou de passarem pela fase de hipocondria que muitas vezes precede o delírio de perseguição comum, têm quase sempre manifestado na infância, na adolescência ou na idade adulta alguns dos sintomas físicos e morais atribuídos hoje aos alienados hereditários: alterações do caráter, desigual desenvolvimento das funções intelectuais, faculdades eminentes ao lado de enormes lacunas, acidentes nervosos ou perturbações mentais passageiras na puberdade, existência movimentada, irregular, vagabunda, perversões sexuais e outras. O passado destes doentes é, em suma, não o dos perseguidores clássicos, mas o dos alienados hereditários". As concepções de FALRET (1864) foram aceitas sem objeção, sendo os perseguidos-perseguidores citados como exemplos de "loucura lúcida" (folie raisonnante), considerada como sub-grupo das "degenerescências psíquicas hereditárias"

Exemplo Clínico - *"Paulo, com 43 anos de idade, de cor branca, formado em direito. Na sua família encontram-se muitos casos de tuberculose e doenças mentais: a mãe, duas irmãs e uma tia apresentam transtornos histéricos, uma prima com deficiência mental e um primo com demência precoce. Existem muitas pessoas em sua família que se revelaram por altos dotes intelectuais: o pai e um tio foram brilhantes professores de Escola de Engenharia, sendo este último autor de obras escritas e trabalhos profissionais de mérito, um primo e um tio são médicos famosos; outro tio, oficial de marinha. Um primo é aventureiro, dado a conquistas amorosas e assassino. O pai, tio do doente, pretendeu*

*provar ser ele um doente mental: escrevia protestos contra esta alegação, defendendo-se com a afirmativa de nunca ter praticado crime algum. Há na família uma atmosfera de religiosidade e misticismo um tanto mórbidos.*

*O examinado foi desde jovem considerado muito inteligente: aos quatro anos de idade recitou versos de cor do pai, que regressava da Europa. Com o falecimento do pai, foi entregue à avó que, ao lado da mãe, cuidaram de sua educação. Aos nove anos sofreu de pneumonia. Obrigaram-no a praticar a religião católica; ia às missas, confessava e comungava semanalmente. Dedicaram ao paciente um desvelo excessivo. A avó, a mãe, as tias e irmãs submetiam-se aos seus caprichos: a sua vaidade e o seu egoísmo desenvolveram-se neste ambiente. Quando ingressou na Escola de Engenharia considerava-se dotado de um talento incomparável e se enviaDECIA de ser neto do conselheiro F., filho do professor S.. Sempre demonstrou-se muito exigente com os seus familiares, sem levar em consideração os problemas da família. Aos 19 anos, sem profissão definida, tornou-se noivo e exigia dinheiro dos tios para dar presentes caríssimos à noiva. Casou-se logo depois de ter concluído o curso de engenharia. A família subvencionou tudo e lhe arranhou um emprego*

*Depois de algum tempo começou a fazer uso imoderado de bebidas alcoólicas de maneira impulsiva, chegando algumas vezes a ingerir água de colônia. Em tais situações tornava-se muito agressivo. Teve dois filhos, mortos de varíola, não os tendo vacinado por ser contrário a essa prática profilática. Tornou-se positivista, e depois ultramontano. A mulher por fim abandonou-o, fugindo com um oficial de marinha, teve vários empregos como engenheiro, em estradas de ferro e no Estado do Rio; pouco persistia neles, por incompatibilidade do humor e a sua insociabilidade intrínseca. Na cidade de Macaé, adoeceu de malária, quando foi servido, na casa em que se hospedara, por uma menina de 11 anos, Januária, que lhe dava os medicamentos. Melhorado, retornou a Niterói, trazendo consigo a menina e, passados alguns dias, como não a mandasse de volta, o pai veio buscá-la. Algum tempo depois voltou a Macaé, insistindo com o pai de Januária, para que a deixasse a seu cargo, pois pretendia cuidar de sua educação. Voltou a sofrer de malária, tendo apresentado na ocasião episódios delirantes, de caráter persecutório, quando se agarrava aos braços da tia, apavorado, dizendo que pretendiam matá-lo. Ficou curado da*

malária, porém a preocupação em relação a menina não desapareceu. O seu interesse agora já se mostrava como um intenso desejo sexual; cercava-lhe o retrato de flores, compunha versos para ela, referia-se a ela de maneira impudente e, quando repreendido por pessoa de sua família, revelava-se exasperado. Consultou alguns sacerdotes, a quem expunha o seu desejo de se casar com a menina e como procuravam mostrar ser isto impossível pelo fato de que já era casado e o vínculo persistia, injuriava-os, discutia a questão canônica e a questão jurídica, com argumentos muito extravagantes. Dai em diante começou a escrever sobre o divórcio e progressivamente admitiu que já estava divorciado.

Nesse interim, um dos seus tios, diretor dos Telégrafos conseguiu-lhe uma boa colocação neste departamento do serviço público. Pouco durou o emprego. Escarnecia e insultava o tio, passando dias a encaminhar-lhe pedidos de demissão. Na sua ausência, um dia, armado de revólver, sentou-se à mesa do diretor, declarando ser ele o único homem capaz de dirigir a repartição. Ao tomar conhecimento do fato, o tio foi compelido a demiti-lo. Desde então esse tio transformou-se no objeto do seu ódio: diz dele as maiores infâmias, e se considera perseguido. Não satisfeito com isso, começou a dar sucessivos escândalos à porta da casa das tias, já então privadas dos recursos que possuíam, pois gastaram tudo com ele; estas pobres senhoras foram ameaçadas. Foi então que os parentes resolveram interná-lo.

Trata-se de um homem de constituição física normal, revelando alguma cultura literária e jurídica e mostra-se inteiramente lúcido. Relata a sua história à sua maneira, revelando certa desconfiança, devotando um ódio de morte ao tio, a quem se refere com as expressões mais abjetas. Atribui as perseguições do tio e a sua internação ao fato de ter o mesmo parente praticado obscenidades com Janu, como chama a sua apaixonada; baseia-se a sua afirmação em conclusões retiradas de alguns fatos que ele vem há tempos reunindo.

Dirige cartas a todos os altos funcionários públicos do país, advogados de renome, personagens notórias, altas patentes do exército, seus parentes, queixando-se das torpezas a que tem sido submetido e exigindo a sua liberdade em nome da lei. Pretende requerer uma ação de indenização e de reintegração em seu emprego. Quer de qualquer modo desposar Januária; refere-se a ela com o mais descabido erotismo, muitas vezes com

*lascívia requintada. Nunca se dirige a uma única pessoa, ao contrário, as suas cartas são sempre endereçadas a várias pessoas ao mesmo tempo. Referiu a alucinações auditivas, sob a forma de vozes que o chama de "irmão franciscano" ou dizem: "Francisco, já pertences à ordem, já estás no adro" ou fazem alusões aos seus inimigos da Igreja. Admite que é perseguido pelos salesianos, franciscanos, religiosos em geral, porque estes não admitem o seu segundo casamento, pela Igreja; pelos positivistas, porque são formalmente anti-divorcistas; pela maçonaria, "porque esta acha que ele se deve contentar com qualquer mulher e não especificamente com uma". Durante o dia escreve cartas e mais cartas, mas não se preocupa em enviá-las aos seus destinatários, pratica uma série de atos contraditórios: solicita algo e recusa, escreve e rasga, pede ao enfermeiro alguma coisa mas, ao ser atendido, mostra-se desconfiado. Nota-se ao mesmo tempo uma constante variação de atitudes. Em alguns momentos está preocupado com a sua ambicionada pretendente. Quando não é esta preocupação, vêm as queixas sobre as suas alucinações auditivas, interpretadas de acordo com o seu delírio, revela-se tranqüilo, lúcido, conversando de forma normal ou escrevendo tratados, versos, comentários, reformas. por enquanto não existem sintomas de deterioração mental" (PEIXOTO, 1905).*

Com FALRET (1864) termina a chamada fase analítica da escola francesa, no estudo dos delírios crônicos de evolução sistemática.

A MOREL (1857) corresponde o mérito de ter iniciado a segunda fase no estudo dos delírios crônicos, a chamada fase sintética. Um ano depois da publicação do trabalho de LASÈGUE (1852), ele teve oportunidade de assinalar o curioso aspecto da evolução do delírio de perseguição: "... os perseguidos começam muitas vezes por ser hipocondríacos e terminam quase sempre no delírio de grandeza". Esclarece: "Quando eles (os hipocondríacos) chegam à suposição de que os seus alimentos contêm veneno ou, pelo menos, substâncias que lhe produzem as sensações de que se queixam; quando eles se imaginam expostos aos malefícios do que chamam potências ocultas, como a eletricidade e o magnetismo, e pensam que a própria polícia procura prendê-los, podemos estar certos de que vão entrar na fase deste delírio especial que a designação de delírio de perseguição melhor do que todas exprime".

Em sua tentativa de explicar a passagem do delírio de perseguição ao de grandezas, MOREL (1857) não admitiu a concepção de FOVILLE (1871), que considerava que a transição se fazia por meio do raciocínio e da lógica. Para ele, tratava-se de uma consequência da fisiologia mórbida: uma alteração do funcionamento cerebral própria dos hipocondríacos.

A concepção de MOREL (1857) representou a primeira tentativa de estabelecer uma síntese clínica para explicar a evolução do delírio crônico sistematizado. No entanto, as suas idéias passaram despercebidas, "... porque o tempo era de análise e a tendência geral dos pesquisadores era para se absorverem na fragmentação das formas nosográficas" (ARAÚJO LIMA, 1935).

Contribuição importante, neste sentido, foi prestada por GÈRENTE (1883), quando procurou demonstrar que o delírio de perseguição, o de grandeza e o hipocondríaco consistiam apenas em fases evolutivas de uma única enfermidade: o 'delírio crônico', cuja evolução se processaria em três fases:

- 1) período de concentração dolorosa do espírito;
- 2) período de expansão;
- 3) período de transição.

GÈRENTE (1883) advertiu que o delírio crônico nem sempre apresentava caráter esquemático em sua evolução. A fase persecutória, em alguns casos, poderia se estender indefinidamente, sem que se observe a fase de expansão. A enfermidade poderia não ir além da fase hipocondríaca. Admitiu que se podia observar a remissão espontânea da doença. Afirmou ainda, que o delírio crônico se desenvolvia em pessoas que padeciam de uma impressionabilidade anormal, de natureza hereditária, por uma espécie de perversão mental, isto é, por uma 'hiperalgia psíquica'; uma auto observação permanente, uma habitual 'ruminação' interior de situações reais ou estados morais define o indivíduo predisposto, o qual, submetido à mais ligeira causa determinante, faz tornar-se vítima da vesânia. Surgem, então, idéias delirantes depressivas, falsas percepções, crença numa hostilidade das pessoas (delírio de perseguição) ou de maléficos poderes sobrenaturais

(demonomania). Perturbações da sensibilidade geral e alucinações auditivas dominam esta fase de delírio crônico, cuja duração pode ser extremamente longa. Pouco a pouco vai diminuindo o sofrimento moral e "... na personalidade vesânica, enfraquecida pelo delírio depressivo, uma espécie de reação se dá em sentido contrário. Então no espírito do enfermo, trabalhado por angústias infinitas, uma tênue felicidade rompe, como num céu enevoado uma réstia de sol; entre as idéias depressivas surgem idéias de grandeza, ainda vagas, mas a que o futuro reserva uma preponderância definitiva. Esta confusão de elementos aparentemente contraditórios, de idéias e sentimentos depressivos com estados expansivos, caracteriza o segundo período, chamado, por isso, misto ou de transição".

Em 1887, MAGNAN (1892) descreveu, sob a denominação de "delírio crônico de evolução sistemática", uma psicose autônoma, em cujo quadro clínico se encontravam delírio e alucinações, que evoluía em quatro fases.

Podem-se estabelecer os seguintes princípios em que se apoiavam as idéias dos dois autores: GÈRENTE (1883) considerava o delírio crônico como consequência de predisposição hereditária, preparada através de várias gerações. MAGNAN (1892) nega a interferência da hereditariedade e diz que, na maioria das vezes, a psicose aparecia em pessoas isentas de tara nervosa e inteiramente normais, do ponto de vista mental. Esclarece: "O delírio crônico surge em geral na idade adulta em indivíduos sãos de espírito, não tendo até então apresentado nenhuma perturbação intelectual, moral ou afetiva. Insisto sobre este importante ponto, porque tal particularidade basta para separar imediatamente os delirantes crônicos dos degenerados hereditários, que oferecem desde a infância perturbações que os fazem reconhecer". GÈRENTE (1883) afirmava que o delírio hipocondríaco era uma fase do delírio crônico, enquanto MAGNAN (1892) não admitia tal suposição, que não encontrava nenhuma fundamentação clínica. GÈRENTE (1883) admitia a possibilidade das fases evolutivas sofrerem uma inversão, enquanto MAGNAN (1892) considerava que a evolução do delírio se processava sempre da mesma maneira, considerando que os casos que não se enquadrassem em tais condições prévias deviam ser considerados como pertencentes a outro grupo nosológico, os chamados 'delírios polimorfos', ou delírios *d'emblés*. Refere: "Estes períodos se sucedem irrevogavelmente da mesma maneira, de sorte que podemos sem receio por fora do 'delírio crônico' todo o doente que *d'emblée* se torna perseguido ou ambicioso, ou que, primeiro ambicioso, se torna depois perseguido".

Em fins do século passado, a 'Sociedade-Psicológica', de Paris, dedicou algumas de suas sessões à discussão do problema dos delírios crônicos. Uma síntese exemplar das discussões nos foi legada por MATTOS (1898), da qual apresentamos em seguida os pontos principais:

Escreve o citado autor: "Durante as sessões nenhum dos participantes colocou em dúvida a existência de doentes mentais que, de início se mostram inquietos, desconfiados e começam a interpretar de maneira falsa e em sentido pejorativo, os atos e as palavras das pessoas com as quais se encontram no meio ambiente. Este é o denominado 'período de incubação'. Mais tarde, esses enfermos começam a padecer de alucinações auditivas e, logo em seguida, manifestam um delírio sistematizado de hostilidade: é o 'período de perseguições'. Mais tarde ainda, segundo a evolução própria de cada caso, o enfermo vem a apresentar enfraquecimento das faculdades intelectuais, quando as idéias delirantes perdem o seu vigor e se desagregam: é o 'período de demência'. Nenhum dos participantes das reuniões contestaram a existência de casos que se enquadram perfeitamente dentro dos limites destas noções adquiridas na prática da clínica. As discordâncias consistiram em alguns aspectos formais que não tinham, para o significado do delírio, o menor valor".

FALRET (1864) afirmou, na oportunidade, que "... a síntese clínica legítima não é o 'delírio crônico de evolução sistemática', mas o delírio de perseguição, que pode ou não, sem mudar de natureza, complicar-se com um delírio ambicioso" (citado por MATTOS, 1923). FALRET (1864) afirmou que a demência não era o resultado final obrigatório dos delírios de perseguições, visto que muitos dos perseguidos, segundo ele, ao fim de algumas décadas de enfermidade, terminam a vida sem atingir a demência.

Não se deve esquecer a extraordinária contribuição de MAGNAN (1892) ao estabelecer a distinção entre o delírio crônico e os delírios polimorfos ou *d'emblés*. Admitiu que há uma grande diversidade entre os dois tipos de delírios, em virtude do desenvolvimento, da etiologia e do prognóstico. "Ao passo que o delírio crônico se caracteriza evolutivamente pela sucessão regular de certos períodos, os delírios polimorfos têm uma evolução irregular, imprevista, e irrompem subitamente, sem preparação" (MATTOS, 1923). Considerou, ainda, que o delírio crônico era uma psicose progressiva e

incurável, enquanto os delírios polimorfos, de marcha remitente e intermitente, são muitas vezes passíveis de cura.

As contribuições da escola francesa para o esclarecimento do problema dos delírios crônicos foram, aos poucos, perdendo a sua importância. A última contribuição foi realizada por SÉRIEUX & CAPGRAS (1909) a respeito do "delírio de interpretações".

**4.2. Delírio de Interpretações** - Consideramos indispensável fazer aqui uma referência especial ao trabalho de SÉRIEUX & CAPGRAS (1909), publicado em 1909, visto que os autores estabelecem a separação entre o 'delírio de interpretações' e o 'delírio de perseguições', tipo FALRET (1864).

Lembram os autores que, até então, procuravam-se estudar os delírios de acordo com a natureza do sistema delirante e, desse modo, foram descritos os delírios de perseguição, de grandeza, de ciúme, místico, erótico e o delírio hipocondríaco. Admitem que o critério adotado pelos diferentes autores era, em essência, extremamente superficial, pelo fato de terem reunido fatos os mais disparatados. Desse modo, não seria possível estabelecer a autonomia de um quadro nosográfico, baseando-se apenas no tipo das idéias delirantes. Consideram necessário estudar o agrupamento especial dos sintomas e evolução das perturbações mórbidas, levando em conta a etiologia e a patogenia. Salientaram que os "delírios sistematizados" constituem apenas em uma das manifestações patológicas suscetível de aparecer no início ou no curso das doenças mentais diversas. Propõem, então, que se faça uma divisão nos tipos de delírios crônicos sistematizados, estabelecendo-se, sob o mesmo nome, duas espécies irreduzíveis: de um lado, os que se manifestam nas doenças mentais adquiridas, que, alterando profundamente a mente do indivíduo, o levam, mais ou menos rapidamente, à demência. Do outro, as doenças mentais constitucionais, que não chegam a modificar a personalidade, mas representam o exagero de traços inerentes ao indivíduo e que não determinam enfraquecimento intelectual. Entre esses últimos, tentaram isolar um tipo nosográfico que recebeu a denominação de "delírio crônico à base de interpretações patológicas" - ou melhor, 'delírio de interpretação', em virtude do seu traço mais saliente. A diferenciação desse tipo clínico se torna justificada pelo conjunto de alguns sintomas importantes. Enquanto as perturbações mentais sistematizadas de tipo demencial se apóiam sobre os transtornos psico-sensoriais predominantes ou quase permanentes, nos casos apresentados pelos autores revelam exclusivamente interpretações delirantes.

Dizem que as alucinações, quando existem, são quase sempre episódicas e não desempenham papel importante no quadro clínico. Os autores definem a expressão 'interpretação delirante' do modo seguinte. "É um raciocínio falso tendo por ponto de partida um sentimento real, um fato exato, o qual, em virtude das associações ligadas às tendências dominantes, à afetividade, adquire, ao lado das intuições ou deduções errôneas, uma significação pessoal para o doente, que passa a colocar irresistivelmente tudo em relação com a sua pessoa". Esclarecem que a interpretação delirante difere da idéia delirante, concepção imaginária, criada por inteiro e não deduzida de um fato observado. A primeira tem um ponto de partida exato, enquanto a segunda é inteiramente errônea em seu fundamento. Consideram ser mais difícil separar a interpretação delirante da interpretação falsa. Vários autores já haviam indicado os sinais diferenciais que, apesar do seu valor, não se aplicam a todos os casos. O erro permanece isolado, circunscrito; a interpretação delirante tende à difusão, a irradiações, tende a se associar às idéias análogas e se organiza em sistema. O erro não tem um objeto em si mesmo; a interpretação delirante tem por objeto o eu próprio, o seu caráter egocêntrico é muito acentuado. O erro não repercute forçosamente na atividade do indivíduo, é indiscutivelmente teórico; a interpretação delirante tende a se realizar, orienta e domina a atividade. O erro surge em uma mente normal, enquanto a interpretação delirante emerge num terreno patológico. No primeiro caso, não há comprometimento da personalidade, não acontecendo o mesmo na segunda. É justo dizer que a interpretação delirante e absurda é inaceitável para as pessoas normais? Não. Várias interpretações delirantes, mais verossímeis do que muitos erros, têm encontrado a adesão de pessoas sensatas e inteligentes.

Na entidade nosológica proposta pelos autores citados, destacam-se como caracteres essenciais: 1) Multiplicidade e organização das interpretações delirantes; 2) ausência ou carência de alucinações, sua contingência; 3) persistência da lucidez e da atividade psíquica; 4) evolução por extensão progressiva das interpretações; 5) incurabilidade sem demência terminal. Trata-se de um transtorno mental funcional cuja origem deve ser pesquisada, não na ação de um agente tóxico, mas na predisposição psicopatológica, nas anomalias dos centros nervosos que têm sob sua dependência a formação do julgamento, a alteração do senso crítico e as perturbações da afetividade. Segundo os autores, os indivíduos portadores de delírio de interpretação não devem ser

considerados como alienados no sentido etimológico do termo (*alienus*, estrangeiro); eles conservam as relações com o ambiente, o seu aspecto exterior se mantém normal; alguns vivem bem em liberdade, sem despertar a atenção, senão por certas atitudes extravagantes. Muitos deles são internados, não em virtude de suas idéias delirantes, mas, devido a suas reações violentas e impulsivas, tornam-se perigosos. Se entrarmos em contato com eles e tivermos oportunidade de ler a sua correspondência, não se observa nenhum propósito desatinado; ao contrário, pode-se verificar uma forma correta de se expressar, o raciocínio normal, as lembranças muito fiéis, uma curiosidade desperta, uma inteligência intacta, muitas vezes excelente e penetrante. Não se pode evidenciar a existência de atividade alucinatória, nem excitação, nem depressão. Nenhum estado confusional, nem perda dos sentimentos afetivos. As entrevistas prolongadas ou repetidas são necessárias para colocar em evidência certas particularidades.

Assinalam que alguns enfermos podem arquitetar planos bastante aceitáveis, muitas vezes legítimos, dignos de serem registrados. Outros, porém, sem se diferenciar dos precedentes por algum traço essencial, emprestam a suas atitudes algo de singular. As suas apreciações, conservando aparentemente certa lógica, revelam desvios extravagantes: trata-se de criações de uma imaginação pervertida. Por exemplo, um deles considerava outro doente como espião, desempenhando de forma admirável o seu papel; os enfermeiros são policiais disfarçados. Não é nenhum ingênuo para deixar de perceber que se encontra cercado de agentes provocadores disfarçados, contratados por seus inimigos. Referem que há muito tempo estão sendo vítimas de vexames. Estão sendo seguidos, zombam de sua pessoa, cospem à sua passagem, fazem gestos ameaçadores e obscenos; passam as mãos pela cabeça, esfregam as mãos, uma mulher levanta a saia. Durante a noite, fazem ranger as portas e janelas com a finalidade premeditada de perturbar o seu sono. Recebem catálogos de aparelhos ortopédicos: como anunciar mais claramente que o pretendem molestar? Por que as pessoas se obstinam em formar grupos diante de uma banca de jornal? É para esconder um artigo, uma imagem que lhes interessa. As revistas ilustradas reproduzem o seu retrato; justamente aquelas notícias que falam sobre a sua pessoa. Recebem aclamação de populares, a tropa lhes presta homenagem, um ministro se inclina à sua passagem, uma dama da sociedade dirige-lhes olhares significativos. Eles descobriram a sua verdadeira origem; será preciso que se rendam à evidência.

Os autores reafirmam que o delírio de interpretação está caracterizado por duas ordens de fenômenos aparentemente contraditórios: perturbações delirantes manifestas e conservação surpreendente da atividade mental. Em primeiro lugar, destacam-se os sintomas positivos, constituídos pelas concepções delirantes e, em segundo lugar, a integridade das funções intelectuais e ausência ou raridade de alucinações.

Exemplo Clínico: *"Hortênsia tem tido várias internações em virtude de apresentar crises depressivas com a duração em torno de um mês. Esses acessos consistiam em episódios delirantes no curso de uma antiga enfermidade. O seu delírio de perseguição parece ter tido início há cerca de doze anos, pouco depois de ser abandonada pelo marido e divorciada. Em seguida começou a perceber na rua que faziam alusões ao seu comportamento. Um senhor que se dizia alfaiate praticava em sua presença toda sorte de excentricidades e de obscenidades. Os guardas da rua diziam, quando passavam ao seu lado "Ela será presa esta noite". Pressionam seu filho a se casar, embora ele já tenha se casado com a filha de uma cartomante. Uma jovem a empurra da escada, pois ela admite que esta mesma pessoa, hipnotizada, se atirou pela janela. Acontecem em sua casa coisas terríveis, terminam por fazer com que ela perca a cabeça, saindo muitas vezes sem saber para onde vai. Acredita que está sendo envenenada e, por isso, se alimenta muito pouco. Atualmente, sobrevêm crises de depressão, no curso das quais surgem algumas alucinações auditivas.*

*"O seu delírio não é bem sistematizado. Ela não chega a designar formalmente um perseguidor. Provavelmente é seu tio (ele escandalizava as pessoas falando de maneira debochada); ou talvez um rapaz que em certa ocasião a pediu em casamento e botou 'mau-olhado' em seu filho quando se encontrava na praça. Talvez esta seja a mulher que, para lhe preparar uma emboscada marcou um encontro à noite. Querem impedi-la de casar novamente. Um homem a protege, portanto, e deseja desposá-la. Ela compreendeu milhares de indícios: permanecia sempre em sua janela quando ele passava pela rua; disse um dia ao seu filho: "É muito triste não ter pai", oferecendo a ele a oportunidade de ter um pai.*

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

*"Durante os dias em que esteve internada pela última vez, o seu delírio se mostrava impreciso, não apresentava alucinações, mas enriquecido por freqüentes interpretações delirantes; várias pessoas da localidade foram englobadas no delírio. Desde a sua internação ouviu claramente dizerem: "O médico vai vigiar a pequena vaca"; ele se aproxima dela. Esse mesmo médico, a quem ela acusava por seus prejuízos materiais, propôs visitá-la. Pode-se admitir semelhante ultraje? Para que escrevem tantas cartas assim, por que tentam eles imitar tais escritos, não cessam de atormentá-la. Eles pronunciam com freqüência palavras de duplo sentido. Em relação aos alimentos, ela admite que colocavam ácido bórico e arsênico, o que lhe provocava cólicas freqüentes. À noite lhe travam os dentes. Acusam-na de se apresentar completamente nua; as crianças lhe mostram a língua. Com referência às interpretações retrospectivas: " Seu filho lhe dizia, você fala chinês. Portanto, ele atua sobre ela. Um dia ela teve vontade de se atirar em um poço, tendo concluído então que a haviam hipnotizado.*

*"Múltiplos falsos reconhecimentos. Ela reconheceu aqui quem lhe falou de seus vestidos; e se dissimulou numa árvore. Por duas vezes teve a visão do seu tio; a primeira vez ele se aproximava de uma mulher; a segunda ele se apresentava com uma roupa extravagante. Ela percebeu também a senhorita R. e a senhora X., sendo que esta última se apresentava com uma barba postiça. Ela reencontrou a senhora Y., que se recusou a esperá-la, tendo seguido em direção oposta; fatos novos e estranhos começaram a acontecer: transformaram o molinete e a vara de pescar em algo ameaçador. A cozinheira não é outra senão aquela mulher que a ameaçou de lhe preparar uma emboscada. Aquela pessoa que mora na sua cidade lhe fala a todo instante sobre os acontecimentos do dia; ou o rapaz jovem com que não quis de casar e que seu pai lhe disse: "Ele estará com você durante toda a vida", trabalhando para os tapeceiros de sua cidade: estranha coincidência. Além disso, ela viu no dicionário a cabeça de um ditador que se parece singularmente com esse indivíduo. Ela tem certeza, assim, de ter reencontrado o seu filho, que vagava pelas ruas. E quando ela o encontrou, perguntou a si mesma: "Será que ele está bem?". "Será que é ele mesmo?". "Não será um menino que se parece com ele?". "Por que ele está com uma blusa cor de rosa, se gosta tanto de azul?" As cartas que ele lhe envia são falsas: não têm assinatura. Existe um u em lugar de n. Além disso, o formato do papel é idêntico ao que se encontra na escrivaninha do Hospital; as dobras das cartas estão acentuadas, porque a*

*carta não veio pelo correio, enfim, o endereço indicado é falso: o seu filho residiu nesse lugar. Ela responde às cartas para um lugar imaginário; as mesmas são devolvidas, o que representa uma prova de que a estão enganando.*

*"Não há sistematização na sua maneira habitual de se interrogar e de se exprimir: "É um mistério que dura já muito tempo ... Eu procuro encontrá-lo. ...Existem coisas que não compreendo".*

*"Hortênsia não é portadora de melancolia, nem de depressão, nem de sofrimento moral. Não revela idéias delirantes de auto-referência, mas, ao contrário, uma extraordinária satisfação. Ela compõe poesias com métrica bastante adequadas. A sua atitude é correta e sua conversação é normal, fora do delírio".*

O delírio de interpretação, descrito por SÉRIEUX & CAPGRAS (1909), distingue-se dos delírios polimorfos de MAGNAN (1892) e aproxima-se do delírio dos perseguidos-perseguidores, denominado por outros autores de delírio de reivindicação, tipo FALRET (1864). Apesar disso, SÉRIEUX & CAPGRAS (1909) asseveraram que o delírio de interpretação e o de reivindicação representam tipos de perturbações mentais diferentes, que não devem ser confundidas, mesmo nos casos em que o interpretador apresente reação violenta, à maneira dos perseguidos, cometendo agressões pessoais e inicie pleitos judiciais. O diagnóstico diferencial entre as duas entidades nosológicas seria estabelecido com base no fato de que, nos perseguidos-perseguidores, repousa sobre uma idéia que se impõe à mente enferma, sem a necessidade de que seja precedida de interpretações mórbidas. Ao contrário, o delírio de interpretação sistematiza-se lentamente, graças às múltiplas interpretações. A falta de um método eficaz para o exame do delírio contribuía, fatalmente, para a persistência de tais incompreensões e, além disso, os alienistas franceses, em determinada época, não tinham condições para fazer a distinção correta entre sintoma e quadro nosológico (LACAN, 1976; SILVA & LEONG, 1992).

Como já tivemos oportunidade de assinalar, as contribuições da escola francesa, no sentido de esclarecer o problema dos delírios crônicos sistematizados, foram perdendo o seu significado, tornando-se caudatárias dos alienistas alemães. A partir de então, conforme destacou NOBRE DE MELO (1945), "... os trabalhos da escola francesa foram perdendo, pouco a pouco, a sua originalidade, à medida que se tornavam seguidores das doutrinas nascentes, importadas sobretudo da Alemanha".

Após este esboço histórico sobre o estudo da evolução do conceito de delírios crônicos sistematizados, realizados pelos alienistas franceses na segunda metade do século passado, vejamos o que fizeram os seus colegas alemães. Mas, antes de expor as idéias dos referidos alienistas, é indispensável definir alguns termos por eles empregados, pois o estudo dos delírios crônicos foi realizado por eles através da descrição de um quadro nosológico ao qual denominaram de *Paranóia*. O termo *Verrücktheit* foi empregado pelos alienistas alemães para definir os delírios sistematizados, mas, quando este se encontrava associado a alucinações, usam a palavra *Wahnsinn* para designá-lo. Assim, procuram destacar as diferenças existentes entre os que se impõem pela coordenação do julgamento mórbido e os que se caracterizam pelo grau maior ou menor de incoerência.

GRIESINGER (1865) foi quem empregou o termo *Verrücktheit* (1845) para definir certos "... estados secundários de loucura, nos quais embora tenha diminuído consideravelmente, ou mesmo desaparecido por completo a situação afetiva que caracterizava a forma mental em seu início, o doente não se cura; e nos quais a alienação consiste em um pequeno número de concepções delirantes fixas que ele mantém de modo particular e constantemente repete". A sintomatologia descrita pelo autor citado se assemelha à descrição feita pelos alienistas franceses do delírio de perseguição e de grandezas. Do ponto de vista da classificação nosológica e da patogenia, surgem diferenças substanciais: a escola francesa considerava os delírios parciais como formas primárias de vesânia, enquanto GRIESINGER (1865) as estudava como formas secundárias da loucura. A "*Verrücktheit* é sempre, pois, uma doença secundária, consecutiva à melancolia ou mania" (GRIESINGER, 1865).

O quadro clínico evolui de maneira lenta e progressiva. Com freqüência, a disposição afirmativa ou negativa do espírito, na qual o enfermo se encontrava originalmente, dissipa-se de modo lento, apresentando oscilações muitas vezes prolongadas. Pouco a pouco se instala o estado crônico de excitação ou de depressão ligeira, que costuma persistir por muito tempo e só desaparece mais tarde, restando, porém, certas concepções delirantes. À medida que este sentimento de afirmação e negação se enfraquece, a calma e a reflexão, aos poucos, se restabelecem. O pensamento não é mais confuso como antes, não existe mais o estado de tensão, nem o enfraquecimento da vontade que se manifestava antes,

as faculdades mentais costumam readquirir o seu equilíbrio: o espírito do doente está completamente calmo após o desaparecimento do sentimento mórbido que o dominava. Mas não se trata do equilíbrio moral que existia antes no estado de saúde. Formou-se, aos poucos, um novo estado de tonicidade psíquica, um novo caráter e novos sentimentos. O enfermo já não é mais o mesmo, persistindo poucas ou numerosas idéias delirantes: houve uma transformação completa. "Esta modificação completa do indivíduo, que é sobretudo evidente nos casos onde não resta mais nenhum traço de sofrimento melancólico, nem de excitação maníaca, consiste em embotamento e enfraquecimento de qualquer tipo de reação moral, os sentimentos não existem mais, o indivíduo se mostra indiferente a tudo, a vontade não revela nenhuma energia". Os doentes não participam, como faziam antes, de nenhum acontecimento do mundo exterior, não são mais capazes de amar ou de odiar como antes: os seus amigos ou parentes podem morrer, perdem o interesse pelos objetos que adoravam, os acontecimentos mais terríveis podem ocorrer em sua família, mas isso não os atinge, não revelam nenhuma emoção nem demonstram interesse por coisa alguma. O doente não se mostra interessado por nada que acontece no mundo exterior, como se tudo acontecesse independentemente de sua vontade, ou melhor, ele não apresentará nenhuma reação. Não há mais nenhum ponto que possa ser atingido, que possa despertar prontamente seus sentimentos e provocar uma reação rápida da vontade. Quando se toca em suas idéias delirantes, quando se tenta combatê-las por meio de argumentos racionais, ele se mostra irritado e colérico. Nos casos em que o médico é solicitado a prestar esclarecimentos à justiça, o embotamento completo dos sentimentos e a anomalia da reação representam os elementos mais importantes desse estado mental.

GRIESINGER (1865) esclarece ainda que nos indivíduos que foram atingidos pelo delírio sistematizado, este embotamento dos sentimentos se traduz de maneira característica pela maneira de agir quando internados nos hospitais de alienados. Desde o momento de sua admissão, eles se mostram desinteressados e raramente protestam contra alguma coisa. A disposição dominante do humor corresponde, em geral, ao conteúdo das concepções delirantes. A reação moral às circunstâncias que não têm uma relação imediata com o delírio é, geralmente, muito fraca.

Ao destacar a sintomatologia principal do quadro clínico do delírio sistematizado, diz o autor citado que a tonalidade dominante do humor corresponde, em geral, às concepções delirantes, porém mais enfraquecida. Mas nos casos em que o delírio sistematizado aparece em grau elevado, ele é acompanhado de indiferença e de uma inconsciência completa. O doente diz, sem que a sua fisionomia apresente qualquer traço de emoção, que ele é o mestre do mundo e que é proprietário de tudo o que se encontra no universo, que ele é Deus, que representa as três pessoas da Santíssima Trindade, o reformador do estado, ele é rei, ou mesmo o grande salvador, o profeta, o enviado de Deus; ele descobriu o movimento perpétuo, é o mestre da natureza; ele penetrou em todos os mistérios e conhece os elementos de todas as coisas. Entretanto, em certos casos, as concepções adquirem um caráter passivo: os enfermos se sentem lesados, submetidos ao poder de outros indivíduos. Admitem que são perseguidos, existe um *complot* contra eles, inimigos misteriosos os atormentam pela eletricidade. Sentem-se atormentados pelos maçons e, algumas vezes, consideram-se possuídos pelo demônio, condenados aos suplícios eternos e privados dos seus bens mais estimados. Às vezes, as idéias delirantes se referem ao seu próprio corpo, quando se queixam de se sentirem inanimados, estão mortos, têm as pernas de vidro, de manteiga, percebem uma quantidade enorme de coisas estranhas em seu corpo.

Na maior parte dos casos, a linguagem comum não é mais suficiente para expressar os seus pensamentos e empregam, ao expor suas idéias delirantes, uma linguagem especial que admitem ser um idioma primitivo, uma linguagem do outro mundo. Nesses casos, o paciente acredita fielmente na realidade do seu delírio, a respeito do qual não tem a menor dúvida.

Quando a doença atinge um grau mais elevado, surge toda a sorte de tendências caprichosas e eles passam a se ocupar de coisas inúteis: entretêm-se com pedrinhas, farrapos, pedaços de papel. Um deles está sempre fazendo algo com a água, outro revela uma predileção especial em tirar e calçar novamente os sapatos, outros mantêm uma atitude estática em determinado lugar; outros jamais pronunciam alguma palavra, outros gritam, cantam, declamam, ou estão sempre ocupados em sujar as paredes da enfermaria. Muitos deixam crescer as unhas, outros, enfim, estão constantemente pronunciando palavras

obscenas, praticando atos inconseqüentes ou fazendo gestos extravagantes. Alguns desses doentes admitem que a sua personalidade anterior, a verdadeira, não existe mais; eles falam de si mesmos na terceira pessoa; os acontecimentos de sua vida não deixaram em seu espírito senão vagas lembranças, o seu eu foi lançado na mais completa obscuridade.

As alucinações e as ilusões são muito freqüentes no quadro clínico do delírio sistematizado e, em muitos casos, são elas que mantêm, principalmente, o delírio. Com freqüência o doente conversa com as vozes que percebe, alucinatoriamente, pode discutir com elas e então apresentar um acesso de cólera; freqüentemente encontra também sua felicidade em uma ilusão visual, como no caso de uma mulher que acreditava ser o seu filho querido, morto, durante uma grande inundação, coberto de farrapos e que, no período de vários anos, o envolveu com os maiores cuidados.

Os movimentos, o aspecto exterior e a postura desses doentes indicam sempre, mesmo nos casos mais benignos, certa anomalia. A fisionomia parece envelhecida, decomposta, de acordo com a idéia delirante que domina o enfermo. Quase todos eles apresentam algo de estranho em seus gestos; uns gesticulam a todo instante ou fazem com as mãos e a cabeça movimentos de saudação um tanto grotescos; outros conservam uma imobilidade completa, pode-se dizer, estática; outros se mantêm no mesmo lugar, vão e vêm de um lado para outro como os animais em cativeiro, falam ou murmuram versos ou cantam melodias. Outros procuram os lugares mais sombrios, voltando as costas às pessoas que passam e se mostram irritados quando incomodados. Outros, finalmente, se apossam de maneira um tanto extravagante de tudo aquilo que cai em suas mãos.

Segundo GRIESINGER (1865), os doentes de delírio sistematizado não apresentam interrupção nem remissão e, de acordo com o estado atual da medicina, quando as coisas chegam a esse ponto, a cura completa não é mais possível. Abandonados a si mesmos, os enfermos se aferram cada vez mais a suas concepções delirantes; aqueles que são atingidos de maneira mais acentuada na parte intelectual terminam por mergulhar na mais completa demência.

GRIESINGER (1865) apresenta várias observações para ilustrar o seu conceito de *Verrücktheit*, dentre as quais destacamos esta:

*"Trata-se de uma paciente da divisão de Pariset, com 56 anos de idade, revelando, pela aparência, gozar de boa saúde física. A partir de 1827, perdeu a consciência de sua própria individualidade e acredita que é uma pessoa completamente diferente da que era antes de adoecer. Esta crença parece estar ligada a uma mudança que se operou em sua maneira de ser e, sobretudo, devido às alucinações numerosas, variadas e incessantes. Não fala de si mesma senão na terceira pessoa e emprega esta expressão: "a pessoa de mim mesma".*

*"Contanto que não se aproxime dela, nem toque em seu leito, nem em sua cadeira, nem em suas vestes, nem em nada do que lhe pertence, pode-se facilmente estabelecer com a enferma um diálogo. Ela responde com delicadeza e polidez:*

*"— Como está a senhora ?"*

*"— A pessoa de mim mesma não é uma senhora. Trata-se de senhorita por favor."*

*"— Eu não sei o nome, pode me dizer?"*

*"— A pessoa de mim mesma não tem nome; ela deseja que o senhor não escreva nada."*

*"— Eu quero saber apenas como se chama, ou melhor, como se chamava outrora."*

*"— Eu compreendo o que o senhor quer dizer. Era Catarina X. e não é necessário falar do que aconteceu. A pessoa de mim mesma perdeu o nome ao dar entrada na Salpêtrière."*

*"— Que idade tem ?"*

*"— A pessoa de mim mesma não tem idade."*

- "— *E esta Catarina X., a quem você se referiu, que idade tem ela? "*
- "— *Não sei. Ela nasceu em ..., filha de Marie e de Jacques, residiam em ... e foi batizada em Paris.*"
- "— *Se você não é a pessoa de quem está falando, você pode ser duas pessoas em uma só?"*
- "— *Não, a pessoa de mim mesma não conhece aquela que nasceu em... Ela pode ser aquela pessoa que o senhor viu lá embaixo.*"
- "— *Os seus parentes ainda vivem ?*"
- "— *A pessoa de mim mesma está só e bem só; ela não tem nome nem jamais teve parentes".*
- "— *E os parentes da pessoa da qual você se refere a todo instante ?*
- "— *Dizem que ainda vivem; eles se dizem meu pai e minha mãe e eu acreditei nisso até 1827: eu sempre cumpri os meus deveres para com eles até aquela época.*
- "— *Você é então uma criança ? A sua maneira de falar prova que você não cresceu.*
- "— *A pessoa de mim mesma não é nenhuma criança; a origem da pessoa de mim mesma é desconhecida: ela não tem nenhuma lembrança do passado. A pessoa de quem o senhor fala pode ser aquela para a qual se fez este roupão (mostra a roupa com a qual está vestida). Ela foi casada, teve muitos filhos (então ela conta pormenores de sua vida, bastante corretos, referindo-se sempre ao ano de 1827).*
- "— *Que tem feito você e o que aconteceu depois que você é a pessoa de si mesma ?*
- "— *A pessoa de mim mesma permaneceu na casa de saúde. Fizeram e fazem com ela experiências físicas e metafísicas. Ela não tinha conhecimento desse trabalho antes de 1827. Eis uma invisível que baixa. Ela vem misturar a sua voz com a minha. A pessoa de mim mesma não a vê; ela a envia docemente.*

"— *Como são os invisíveis de que você fala ?*

"— *Eles são pequenos, impalpáveis, quase sem formas.*

"— *Como se vestem ?*

"— *Com uma blusa.*

"— *Qual a língua que eles falam ?*

"— *Eles falam francês; se eles falassem outra língua, a pessoa de mim mesma não os compreenderia.*

"— *Você tem certeza de que os vê ?*

"— *Certamente, a pessoa de mim mesma os vê, mas metafisicamente, na invisibilidade; jamais materialmente, pois então eles não seriam invisíveis.*

"— *Alguma vez você já sentiu certos odores?*

"— *Uma composição feminina, invisível, me envia maus odores.*

"— *Você já sentiu alguma vez os invisíveis sobre o seu corpo ?*

"— *A pessoa de mim mesma não é irritada; eles lhe têm feito toda a sorte de indecências.*

"— *Você tem bom apetite ?*

"— *A pessoa de mim mesma se alimenta; de pão e água; o pão é tão bom que ela o pode desejar; ela não vê nada de mais. Na casa de saúde tinha uma mulher que fazia a pessoa de mim mesma comer como se fosse uma criança; ela devia ser espancada, porque não queria comer os alimentos que tinham sido encontrados na rua.*

"— *Como se encontra na Salpêtrière ?*

"— *A pessoa de mim mesma se encontra muito bem, ela é tratada com muita bondade pelo Dr. Pariset. Ela não pede nada às moças de serviço.*

"— *Você reza algumas vezes ?*

"— *A pessoa de mim mesma tinha a sua religião antes de vir para aqui. Ela não a sabe mais atualmente.*

"— *O que pensa das mulheres que se encontram com você nesta sala?*

"— *A pessoa de mim mesma pensa que elas perderam a razão, pelo menos a maior parte delas".*

Duas décadas depois, SNELL (1865), baseando-se em dez observações pessoais, descreveu uma nova forma de alienação mental, que se caracterizava, essencialmente, pelo aparecimento de alucinações e delírio e correspondia à *Verrücktheit* de evolução crônica, não terminando jamais pela demência. Logo em seguida à publicação do citado trabalho, GRIESINGER (1865) reformulou os seus pontos de vista de vinte anos atrás e declarou, na aula inaugural de 1867, que aceitava a existência de uma *Secundäre Verrücktheit* ao lado da *Primäre Verrücktheit*, equivalente ao *Vahnsinn*, de SNELL (1865).

Exemplo Clínico - *"Benedito, com 27 anos de idade, de cor parda, brasileiro, casado, comerciante. Trata-se de um homem de hábitos moderados. Manteve diante do examinador uma atitude tímida, retraída, mostrando-se atencioso e educado. Queixa-se de que, já há algum tempo vinha se sentindo preocupado com problemas domésticos: a esposa embriagava-se com relativa frequência e, em tal condição não tem sobre si mesma nenhum controle, armando escândalos com as pessoas da família e até mesmo com os vizinhos. Em determinado dia, ao retornar para casa, a esposa levou ao seu conhecimento que tinha sido injuriada por uma mulher de má vida. Ficou profundamente contrariado e resolveu procurar a autoridade policial, a quem apresentou queixa e exigiu, entre outras coisas, que fosse raspada a cabeça da referida mulher. Como não foi atendido em sua pretensão, durante alguns dias permaneceu bastante contrariado. Pouco tempo depois começou a ouvir vozes que o insultavam, pessoas gritavam e procuravam por todos os meios impedi-lo de dormir. A partir de então as vozes estranhas continuaram a dirigir-lhe palavras*

ofensivas e a atormentá-lo não só durante o dia, como à noite. Tinha a impressão de que indivíduos desconhecidos o ameaçavam e, com medo de ser envenenado, passou a fazer as refeições em casa dos vizinhos. Começou a viver inquieto, desassossegado, procurando muitas vezes refúgio na rua, nas casas da vizinhança ou na companhia de pessoas amigas. Em alguns momentos, experimentando grande apreensão, refugiava-se em suas crenças religiosas, quando permanecia ajoelhado, em atitude constricta, olhando para o alto, numa espécie de êxtase, balbuciando preces, na esperança de receber a graça divina e assim poder livrar-se de seus sofrimentos. Em tais ocasiões considerava a sua casa como um verdadeiro templo, "onde ninguém devia cuspir para não profanar o santuário". Adorava duas oleografias que se encontravam colocadas na parede da sala de sua casa, considerando-as efigies e imagens divinas. O seu sofrimento moral permanecia inalterado, passando a maior parte do tempo silencioso, inibido e sem iniciativa. Inesperadamente, surgiam crises de inquietação, pânico, terrores inexplicáveis, quando se queixava de estar sendo perseguido e com medo de ser envenenado. Fez duas tentativas de suicídio, com o propósito de escapar do seu intolerável sofrimento.

Ao ser examinado em outra oportunidade, revelou-se abatido, com movimentos lentos e indiferente. Queixou-se de angústia precordial e de sensação de secura na fronte. Lentidão dos processos psíquicos. Ao lado das idéias delirantes de perseguição, existem alucinações auditivas e alucinações psíquicas (BAILLARGER, 1846): o doente informa que, às vezes, lhe surge a vontade de dizer palavras insultuosas às pessoas presentes; então, quando não se pode conter, elas escapam por sua boca e sem ter o poder de detê-las, elas saem também pela cabeça. Admite que as pessoas percebem estas injúrias a quem, mentalmente, elas se dirigem, tanto assim que lhes pede perdão. Depois surgem as palavras sem som, vozes interiores sem ruído, produzindo efeito externo, comunicação de alma a alma que acontece não do exterior para o interior, mas do interior para o interior, portanto, diversas formas.

"Apresentou remissão acentuada dos seus sintomas, recebeu alta e foi para casa. Pouco tempo depois surgiram as mesmas perturbações anteriores, que perduram há já alguns meses, após a sua reinternação" (PEIXOTO, 1905).

De acordo com a antiga doutrina de GRIESINGER (1865), a *Verrücktheit* era sempre uma doença secundária, precedida de alterações psíquicas emocionais. As observações de SNELL (1865) demonstravam a existência de uma forma 'primária' da enfermidade descrita por GRIESINGER (1865). A partir da contribuição de SNELL (1865), que representou um processo extraordinário em sua época, foi possível reconhecer o novo quadro nosológico como uma doença primária, que tinha como característica principal o comprometimento da capacidade de julgamento. A alteração afetiva, observada ocasionalmente no curso da enfermidade, devia ser considerada como secundária, produzida pela imaginação delirante ou pelos transtornos psico-sensoriais. Na época, representou algo importante saber se o ponto de partida do fenômeno mórbido era constituído pela alteração da afetividade ou pelo transtorno da capacidade intelectual. As observações publicadas por SNELL (1865) colocaram fim na dúvida existente sobre este problema, tanto assim que o próprio GRIESINGER (1865) reconheceu, um pouco mais tarde, a existência de uma *Primäre Verrücktheit*.

Emprestando o seu apoio às idéias de GRIESINGER (1865), a respeito da *Primäre Verrücktheit*, SANDER (1868) descreveu, em 1868, com base em quatro observações clínicas pessoais, um quadro nosológico independente, ao qual designou de *Originäre Verrücktheit*. Os pacientes que pertenciam a este quadro clínico, quer apresentassem delírio de perseguição quer de grandeza, são, desde a infância, taciturnos, incapazes, sem iniciativa e indiferentes, isto é, eram originariamente enfermos. Esclarece que, ao chegarem à adolescência, o delírio, preparado desde longa data, torna-se manifesto. SANDER (1868), admitiu como causa da enfermidade, a hereditariedade e considerou que os enfermos de *Originäre Verrücktheit* podiam apresentar remissão, em qualquer fase da doença, e que, raramente, marchavam para a demência terminal.

Exemplo Clínico de delírio tipo SANDER (1868) - "*Vitória Katziam, com 26 anos de idade, solteira, filha de um fabricante de cerveja, foi internada no Hospital Psiquiátrico em virtude de apresentar comportamento inadequado. A enferma se apresentou adornada de maneira extravagante, com fitas de cor preta e amarela em torno da cabeça, vestido estampado, com jóias e muito empoada. Segundo informações de pessoa da família, há cerca de um ano começou a se considerar rainha e imperatriz, e ameaçava as pessoas de*

seu ambiente de colocá-las na prisão ou mesmo matá-las. Desde a sua internação ela mantém um ar superior e uma atitude de proteção benevolente com os funcionários do serviço, continuando a usar os seus ornamentos.

"A mãe da paciente era psicopata e duas irmãs eram francamente deficientes mentais. Desde a adolescência ela passou a não se sentir feliz na casa paterna, considerando-se como estrangeira e chegou mesmo a admitir que a mulher que se dizia sua mãe era simplesmente a madrasta. Parecia sofrer muito, sentindo-se escravizada. Queixava-se de que as pessoas a tratavam de maneira grosseira sem demonstrarem por ela nenhuma afeição. Sentia-se ameaçada e mesmo perseguida. Segundo informações de pessoa da família, desde a primeira infância ela não se conduzia como as outras crianças de sua idade: mostrava-se silenciosa, pensativa, extremamente suscetível, angustiada, exaltada e romântica.

"A paciente informou que, na idade de sete anos, teve uma visão terrificante. Aos nove anos surgiram as idéias de alta linhagem. Começou a se sentir dotada de talento extraordinário, particularmente desproporcionado e bem acima das meninas de sua idade. Em alguns momentos, a idéia surgia em sua mente, terminando por convencê-la de que era realmente imperatriz. Aos doze anos ela percebeu através da atitude pouco amistosa de seus familiares que devia existir um mistério a respeito de sua origem. Ele percebia que os seus irmãos e irmãs a invejavam. A atitude das pessoas lhe parecia um tanto estranha. Os seus parentes e certa pessoas de suas relações a tratavam com uma espécie de repulsa, ao contrário de outras que se mostravam amáveis e respeitosas com ela. Um dia o professor lhe disse: "Vitória, você é homônima da rainha da Inglaterra". Isto lhe causou uma profunda impressão. Mais tarde, ela começou a perceber que por trás de suas costas diziam: "Vitória da Inglaterra, bela esposa". Na mesma ocasião ela ouvia perfeitamente vozes de pessoas que a injuriavam. No entanto, ela passou a refletir sobre estes problemas e terminou abandonando as idéias românticas. Na idade de 15 anos, apareceram as regras, acompanhadas de cólicas e nervosismo. Aos 16 anos sofreu de uma doença do sangue, diagnosticada como "morbus maculosus". Tinha a impressão, agora, de que o seu sangue se transformara de vermelho em azul. Neste caso, a palidez que apresentava dava a impressão de que a sua pele estava azulada. Ela percebeu, assim, que as pessoas a tratavam como se

*realmente fosse uma rainha. Nesta ocasião, encontrou o retrato da rainha da Inglaterra e percebeu que tinha muita semelhança com a pessoa do retrato, e passou a acreditar que era realmente filha da rainha.*

*Aos vinte anos, teve uma ligação amorosa com o seu professor. Após ter tido uma relação íntima com ele, teve um sonho extraordinário no qual ela olhava com ternura para o menino Jesus. Desde então começou a pensar que o seu amante poderia ser o príncipe consorte. Esta suposição se tornou uma realidade no dia em que o professor lhe colocou um anel no dedo e ela olhou fixamente para ele e para os retratos do imperador e da imperatriz que se encontravam colocados na parede do local do encontro. Então descobriu imediatamente a grande semelhança entre o seu amante e o imperador. As pessoas lhe fizeram ver que ela havia desposado o príncipe herdeiro e que se tornava uma princesa da Inglaterra. A partir de então passou a se comportar de acordo com as suas idéias delirantes.*

*Palavras ouvidas ao acaso, notícias dos jornais, pedaços de papel amassados, os sonhos, serviam de materiais para a construção do edifício do delírio. Certa noite teve um sonho que lhe revelou com toda a evidência que ela não era uma Katzian. Durante o sonho viu seu pai colocado numa prisão, deitado sobre um monte de palha, tendo a sua direita um cão, símbolo da fidelidade, e à esquerda uma gato, símbolo da falsidade (Katzian, Katz, gato). Portanto, ela é uma falsa Katzian. Quando foi à igreja para assistir à missa da meia noite de Natal, ela concebeu a idéia de que bem poderia ser Maria, mãe de Deus. Um pouco mais tarde, ao descer as escadas da igreja e pensando em seu amante, ela percebeu uma luz intensa e pensou que se tratava do fogo do amor. Ao deitar-se teve idéias celestiais. A sua boca estava plena de doçura, suas mãos eram como uma flor perfumada. Em dez minutos tudo desapareceu.*

*O seu delírio agora engloba as pessoas do ambiente onde se encontra, A enfermeira-chefe é a rainha da Inglaterra, o professor é o imperador, os médicos são os príncipes. Na sua opinião, a enfermeira-chefe aceitou ocupar este cargo somente por amor maternal. Um dos enfermeiros é considerado como o seu antigo amante, os doentes que aqui se encontram internados são príncipes, que lutam para obter a sua mão em casamento. Exige que se faça um exame rigoroso em todas as pessoas que se encontram no hospital, a*

*fim de que se possa identificar o sexo de cada um. Isto deve ser bastante constrangedor para os homens que andam sempre vestidos de mulher".*

A forma de alienação mental descrita por SNELL (1865) difere, consideravelmente, do quadro clínico descrito por GRIESINGER (1865), que empregou o termo *Verrücktheit* para designar os delírios crônicos como formas secundárias da loucura. Admitiu que a *Verrücktheit* é sempre secundária, isto é, surge imediatamente depois da melancolia ou da mania. Para SNELL (1865), trata-se de uma enfermidade 'primitiva', caracterizada por alucinações auditivas e idéias delirantes, de evolução crônica e de prognóstico não desfavorável quanto à cura da doença. Salientou que o delírio (*Wahnsinn*) não conduzia fatalmente à demência. Por sua vez, SANDER (1868) descreveu um quadro nosológico denominado, conforme SNELL (1865), de *Originäre Verrücktheit*, tendo manifestado a opinião de que se tratava de uma enfermidade hereditária, que não conduzia também à demência.

DIAS CORDEIRO (1982, 1992), em excelentes trabalhos publicados, sobre delírios crônicos tardios, assim descreve sua gênese: "Nós acreditamos que, psicologicamente, as pessoas dependem não somente da constituição genética, mas também do seu desenvolvimento biopsicossocial". É evidente para o processo delirante que, em sua classificação, nem todos os casos de delírio apresentem deterioração.

***CAPÍTULO 5***  
***DEFINIÇÃO E CONCEITO***  
***DE INTUIÇÃO***

De acordo com o enunciado de algumas escolas filosóficas que dedicaram atenção especial ao estudo do 'intuicionismo', o termo 'intuição' tem, pelo menos, três significados:

5.1. em primeiro lugar, é empregado no sentido de visão direta e imediata de uma realidade ou a compreensão imediata de uma verdade. Neste caso, o sentido do termo intuição se confunde com o conhecimento que nos oferecem os órgãos sensoriais, por isso recebeu a denominação de 'intuição sensorial' e, assim, confunde-se com a atividade dos órgãos dos sentidos, isto é, com a percepção.

A condição primordial, neste caso, para que haja intuição, é a inexistência de elementos intermediários que se interponham entre a visão direta e a realidade apreendida sensorialmente.

5.2. Em segundo lugar, a palavra intuição é empregada para caracterizar um tipo de conhecimento primário, independente da percepção sensorial. Trata-se, neste caso, de uma intuição interior, de uma evidência *a priori* ou de convicção independente da experiência. Por meio desta intuição interior, o indivíduo capta realidades que não foram transmitidas através da percepção sensorial. Por isso, em alguns filósofos, verifica-se a distinção entre intuição sensível e inteligível, mas a intuição a que se referem é sempre inteligível.

Alguns filósofos escolásticos tentaram estabelecer a diferença entre a intuição ideativa, isto é, a que é apreendida de modo imediato pela presença do objeto conhecido, e a intuição abstrativa, na qual a captação intuitiva não é imediata. "A *intuitio* é, por isso, uma *visio*, de tal modo que no ato intuitivo o indivíduo vê a coisa, ou melhor percebe-a ou a sente e, assim, sucessivamente, ao contrário do que acontece com o ato de abstração o qual permite conhecer a coisa pela similitude, como a causa pelo efeito" (FERRATER MORA, 1956).

Entre os vários sentidos em que a palavra foi empregada por KANT (1799), destaca-se a sua concepção de uma intuição intelectual, por meio da qual é possível conhecer certas realidades que se encontram fora dos marcos da experiência.

Para BERGSON (1966 a), a intuição é uma forma de conhecimento que, em oposição ao pensamento, capta a realidade verdadeira, a interioridade das coisas, a duração, a continuidade. A intuição se orienta para o futuro, é, sobretudo, inefável, não se podendo exprimir por palavras. Trata-se de uma espécie de pressentimento, sentimento intuitivo e alheio a uma causa conhecida, que permite a previsão de acontecimentos futuros. Tem o sentido de presságio.

5.3. Em terceiro lugar, como penetração no interior de uma realidade, denominada, habitualmente, de intuição racional. É comparável à observação interna, consciente. "É por intuição que conhecemos a nós mesmos". Segundo esta concepção, a intuição consiste no ato transcendente, por meio do qual a consciência apreende as coisas em sua identidade. As correntes, filosóficas empiristas e realistas, reduziram a intuição a uma simples captação do objeto.

Ao ver de HUSSERL (1969), a intuição coloca entre parênteses as existências. Não pretende situar-se no interior de uma realidade verdadeira e somente acessível ao saber intuitivo, mas é, principalmente, um ato de adequação entre aquilo que a significação designa e sua efetuação. As intuições são compreendidas, portanto, em função das adequações parciais ou totais daquelas instâncias, até chegar às evidências propriamente ditas.

Para a fenomenologia, toda intuição representa uma fonte do conhecimento racional, e tudo o que se apresenta na intuição deve ser aceito tal como se oferece.

A segunda concepção é a que nos interessa de modo particular neste estudo, já que o delírio está relacionado a um conhecimento *a priori*, a uma convicção independente da experiência. Trata-se de um pré-sentimento ou de uma pré-ciência que o indivíduo pode ter dos acontecimentos. Aqui não se trata de um conhecimento racional, mas de algo que está particularmente ligado ao sentimento. Muitos enfermos delirantes sabem do que se trata, quando fazem referência ao delírio, entretanto isto não representa um saber constituído, um saber racional, mas algo que se refere ao emocional, ou melhor, ao afetivo.

Determinadas escolas de psicologia (SAMUELS, 1989) dedicaram uma atenção mais criteriosa ao estudo da intuição e chegaram mesmo a uma compreensão, em nossa opinião, bem mais próxima do esclarecimento definitivo do problema. A "Psicologia Analítica", de JUNG (1954), por exemplo, considera a intuição como uma das funções psíquicas fundamentais. Define o termo do modo seguinte: "A intuição é a função psicológica básica que permite perceber de modo inconsciente. Tudo pode ser objeto desta percepção, tanto objetos externos como internos e suas mútuas relações. O específico da intuição é que ela não é uma sensação do sentido, nem sentimento e nem conclusão intelectual, ainda que possa aparecer também sob estas formas. Na intuição, qualquer conteúdo se apresenta como um todo conclusivo, sem que saibamos explicar ou descobrir como este conteúdo chegou a existir. É uma espécie de apreensão espontânea, não importando o conteúdo. Assim como a sensação, é uma função não racional.

Os seus conteúdos possuem, do mesmo modo que os da percepção, o caráter do dado, em contraposição ao caráter do 'elaborado' ou 'derivado' próprio dos conteúdos do sentir e do pensar. O conhecimento intuitivo possui, pois, as características de segurança e certeza, o que contribuiu para que SPINOZA (1979) concebesse a 'ciência intuitiva' como a forma mais elevada do conhecimento. A intuição tem esta propriedade comum com a percepção, cujo fundamento físico é base e origem de sua certeza. A certeza da intuição se baseia igualmente em certo fato psicológico, cuja origem e disponibilidade foram inconscientes" (JUNG, 1954).

As dificuldades naturais que o problema oferece, representam o motivo principal para que JUNG (1954) tente esclarecer a questão da capacidade intuitiva, destacando, em comparação à percepção, algumas qualidades negativas. Por exemplo:

"1) a percepção, ao contrário da intuição, se baseia em estímulos físicos, que são reconhecidos como tais. Em relação à intuição, como tudo o que se relaciona com a vida psíquica, deve-se admitir que se verificam nela processos corporais físicos ou físico-químicos, dos quais talvez se poderia afirmar que servem de estímulos, porém que não é possível reconhecer com segurança como tais.

"2) A origem do intuir permanece sempre oculta em relação a sua vivência imediata e, portanto, com respeito a esta última, não é referível à experiência. O que às vezes e com a ajuda de exploração e análises complementares, seja referível à experiência isto não contradiz fundamentalmente este princípio.

"3) O intuído se apresenta como algo dado e já concluído.

"4) O intuído pode apresentar-se sob a forma de conteúdos correspondentes a qualquer outra função. O aparecimento de um conteúdo como percepção, sentimento ou pensamento não demonstra, portanto, que sua origem não é intuitiva.

"5) a intuição comprova, porém não julga, e portanto é uma função não racional" (BASH, 1964).

Em face das dificuldades reveladas pelo mestre, VAN DER HOOP (1964) fez a tentativa de estabelecer as características da intuição de maneira positiva. Vejamos:

"1) Tratar-se-ia de uma forma de experiência instantânea, mais ou menos súbita e única.

"2) Adquire-se uma visão espontânea de conjunto das relações existentes dentro de certo grupo de fatos, de tal modo que estes passam a ter um significado.

"3) O conhecimento intuitivo se apresenta como algo independente da influência ou de experiência anterior (mas isto não significa que a referida experiência anterior não tenha influência alguma sobre o mesmo, o que não seria uma afirmação correta).

"4) O referido conhecimento possui uma evidência especial.

"5) A intuição se encontra intensamente acentuada pelas qualidades pessoais e oferece a impressão subjetiva de que dominamos aquilo que intuitivamente foi reconhecido, de que o temos em nosso poder.

"6) O intuído se manifesta à representação ou à lembrança como um todo simultâneo, o qual, ao contrário daquilo que foi pensado paulatinamente e por etapas, não pode ser reconstruído por justaposição de suas partes, mesmo quando em certas ocasiões o que retorna, ainda que seja apenas uma parte, basta para evocar o todo. Isto contribui para destacar de modo claro a propensão configurativa do intuir" (BASH, 1964).

BASH (1964), de quem tomamos este resumo da contribuição de VAN DER HOOP (1964) ao contrário de JUNG (1954), que havia destacado o manifestar-se como dado de modo conclusivo, salientou a unicidade, a independência da experiência no sentido subjetivo, o caráter pessoal e o condicionamento pela totalidade própria da intuição.

A própria escola de psicologia analítica descreveu um 'tipo intuitivo', caracterizado pelo fato de ter a possibilidade de adquirir um conhecimento rápido como uma espécie de adivinhação, de pressentimento.

Deixando de lado o princípio intermediário da reflexão, o intuitivo extrovertido apreende rapidamente os elos de ligação existentes entre as coisas e as possibilidades de uma situação real. É como se fosse dotado da capacidade de percepção extra-sensorial. Trata-se, nesses casos, de um processo original e criador, impossível de ser descrito, que não percebe os conteúdos objetivos principais, senão as próprias realidades psíquicas. Assim, desconhecendo os mecanismos e os motivos reais, o intuitivo capta, de maneira imediata, os traços psicológicos essenciais de uma pessoa que encontra casualmente e, graças à intuição inconsciente, ele poderá prever a maneira como um acontecimento vai se desenrolar. Não só em pessoas normais se encontram em sua pureza primordial essas intuições como também em determinados enfermos mentais.

Um paciente do professor CHUC (1964) fez referência a suas intuições: *Não sou filho do meu pai, sou Rei e baixei expressamente de cima, de ser em ser, até a minha situação atual de Rei, e sou Rei porque todos os astros virão buscar-me. Subitamente tive o pressentimento que o doutor Wassily me havia concedido o segredo de continuidade das almas e que com água comprimida se pode fazer algo novo. Basta ver uma pessoa para captá-la intuitivamente, investigo os seus pensamentos e propósitos. Esta capacidade de intuição me foi concedida pela providência divina e suas três pessoas. Olho para as*

*mulheres, sei o que se passa com elas, o que pensam e se são honradas. Ouvi dizer no passeio: "este é um invertido". Era uma calúnia com a qual me queriam desonrar. Tenho dúvidas se possuo poderes extraordinários, dados por Deus, e se posso subir ao céu em avião. Tenho quatro metros de altura, meus testículos pesam arrobas, no entanto, não servem para as mulheres. Sou feito de uma matéria frágil e basta tocarem no meu corpo para que ele caia aos pedaços; porém é tal o poder de minha saliva que, ao passar o dedo molhado com ela sobre os pedaços do meu corpo, esses se juntam novamente (de vez em quando passa pelo corpo o dedo molhado em saliva)".*

É através do inconsciente que o intuitivo percebe o mundo. Desse modo, o simples olhar para a página de um livro lido permite destacar os pontos mais importantes. Talvez seja devido ao desenvolvimento dessa capacidade que muitas pessoas conseguem realizar a leitura dinâmica de um livro volumoso, cujo conteúdo é apreendido no espaço de poucas horas de leitura. Provavelmente, a percepção visual da escrita deve estimular determinadas áreas onde se encontram armazenados determinados conhecimentos adquiridos anteriormente e esses, por sua vez, contribuem para a captação intuitiva da leitura.

De acordo com a concepção desses psicólogos, que descrevera o 'tipo intuitivo', tais indivíduos são extraordinariamente receptivos a tudo aquilo que é desapercibido às demais pessoas, a tudo aquilo que é exprimível. Ele pressente aquilo que nasce e que germina no homem e nos acontecimentos. Conforme a rapidez de sua adaptação, da rapidez de sua compreensão e do valor da certeza de seus prognósticos. Ficamos muitas vezes surpreendidos pela inexatidão de suas percepções sensoriais, que excluem tudo aquilo que pode ser facilmente apreendido, como se uma percepção bastante precisa, um olhar ou o fato de estar com o ouvido atento, possa perturbar a intuição. Essas percepções são por si mesmas um conhecimento mediato, enquanto a sua compreensão é imediata. Alguns médicos desfrutaram dessa aptidão especial para fazer o diagnóstico rápido de uma enfermidade. É o chamado "olho clínico". Tais facultativos superam rapidamente as etapas compreendidas pelos exames complementares.

Uma simples e única observação do enfermo permite uma visão de conjunto da doença, enquanto outro médico, cujas aptidões são inversas, deverá agrupar as informações sobre o caso, os sintomas e os resultados dos exames complementares, para concluir o diagnóstico. O médico intuitivo está sujeito a cometer erros grosseiros com graves conseqüências para o seu paciente, por isso deve sempre procurar apoio em uma sólida formação e sobre uma rigorosa disciplina.

Admitem os referidos psicólogos que o intuitivo introvertido percebe as possibilidades do futuro. Quando a intuição, esse dom de predição e de compreensão súbita das relações entre as coisas, se volta para a vida interior, as conseqüências aparentes nos parecem surpreendentes. Esses indivíduos percebem, por assim dizer, espontaneamente, suas possibilidades intrínsecas, suas realidades psíquicas profundas. As imagens do inconsciente se tornam para ele o mundo real. Interrogado sobre suas experiências mais significativas, o intuitivo introvertido não nos falará de suas experiências interiores arquetípicas. Tornam-se seu intérpretes, ele não é senão um fantasista estranho ou um poeta cheio de ilusões obscuras. Em condições especiais, tornam-se um profeta, assumindo com paixão e sem comedimento as suas qualidades inatas, colocando os homens diante de verdades as mais profundas e exprimindo-as de uma maneira simbólica. Os profetas eram dotados de um poder extraordinário de intuição. Por isso eram sempre consultados pelos poderosos da época e as suas profecias, com raras exceções, eram sempre corretas.

Prosseguindo em suas descrições do 'tipo intuitivo', esses psicólogos dizem que as verdades que se revelam ao intuitivo introvertido nem sempre estão em relação com a sua personalidade, ou com o seu eu. É porque os profetas e os místicos de todas as épocas afirmaram que eles não eram senão instrumentos de certas divindades: não se trata de criação de suas próprias mentes o que revelam em sua contemplação interior, mas de uma iluminação divina.

Os profetas se consideravam portadores da missão de castigar e restaurar. Por suas qualidades intuitivas, tinham a incumbência de anunciar os acontecimentos futuros. É o que se encontra enunciado em Ezequiel.

O profeta Ezequiel foi destinado a cumprir uma missão junto aos israelitas, que haviam sido deportados para a Babilônia. Aos poucos, o povo eleito foi se deixando corromper pelos costumes e pela influência dos pagãos e chegaram a adotar os ritos da idolatria do opressor. A tarefa do profeta consistia, portanto, em alertar aos deportados para os perigos da corrupção.

O livro de Ezequiel (BÍBLIA SAGRADA, 1980) reveste-se de uma importância extraordinária pelo acúmulo de experiências fantásticas, como visões, alucinações e intercomunicação com as divindades.

Diz o profeta que, quando se encontrava entre os deportados, certa ocasião "abriram-se os céus e contemplei visões divinas". Prosseguindo em sua narrativa, diz o profeta: *"Tive então uma visão: soprava do lado norte um vento impetuoso, uma espessa neblina com um feixe de fogo resplandecente e, ao centro, saído do meio do fogo, algo que possuía um brilho vermelho. Distinguiu-se no centro a imagem de quatro seres que apresentavam possuir forma humana. Cada um tinha quatro faces e quatro asas. Suas pernas eram direitas, e as plantas dos pés se assemelhavam à do touro, e cintilavam como bronze polido. Todos os quatro possuíam rostos e asas. Suas asas tocavam uma na outra. Quando se locomoviam, não se voltavam: cada um andava para a frente. Quanto ao aspecto de seus rostos, tinham eles figura humana, todos os quatro uma face de leão pela direita, todos os quatro uma face de touro pela esquerda. Eis o que havia no tocante às suas faces. Suas asas estendiam-se para o alto; cada qual tinha duas asas que tocavam às dos outros, e duas que lhe cobriam o corpo. Cada qual caminhava para a frente: iam para o lado aonde os impelia o espírito; não se voltavam quando iam andando. No meio desses seres divisava-se algo parecido com brasas incandescentes, como tochas que circulavam entre eles; e desse fogo que projetava uma luz deslumbrante saíam relâmpagos.*

*Ora, enquanto contemplavam esses seres vivos, divisei uma roda sobre a terra ao lado de cada um dos quatro. O aspecto e a estrutura dessas rodas eram os de um a gama de Tarsis. Todas as quatro se assemelhavam, e pareciam construídas uma dentro da outra. Podiam deslocar-se em quatro direções, sem retornar em seus movimentos. Seus aros eram de uma altura assombrosa, guarnecidos de olhos em toda a circunferência. Quando os seres vivos se deslocavam ou se erguiam da terra, locomoviam-se as rodas e se elevavam com*

*eles. Para onde os impulsionava o espírito, iam eles, e as rodas como eles se erguiam, pois o espírito do ser vivo (de igual modo) animava as rodas. Quando caminhavam, elas se moviam; quando paravam, também elas interrompiam o curso; se erguiam da terra, as rodas do mesmo modo se suspendiam, pois o espírito desses seres vivos estava (também) nas rodas.*

*Pairando acima desses seres, havia algo que se assemelhava a uma abóbada, límpida como cristal, estendida sobre suas cabeças. Sob essa abóbada, alongavam-se as suas asas, semelhante ao barulho das grandes águas, à voz do Onipotente, um vozerio igual ao de um campo (de batalha). Quando paravam, baixavam as asas, e fazia-se um ruído acima da abóbada que ficava sobre as cabeças. Acima dessa abóbada havia uma espécie de trono, uma silhueta humana. Vi que ela possuía um fulgor vermelho, como se houvesse sido banhada no fogo, desde o que parecia ser sua cintura, para cima; enquanto que, para baixo, vi como fogo que esparzia clarões por todos os lados. Como arco-íris que aparece nas nuvens em dias de chuva, assim era o resplendor que a envolvia".*

Prostrado diante da visão, o profeta escutava a voz do Senhor, que lhe ordenava o que devia fazer e dizer. Junto aos deportados que se haviam instalado às margens do Cobar, ali permaneceu no meio deles, prestando-lhes os serviços naturais de sua profissão. Interpretava sonhos e predizia o futuro das pessoas. Imbuído dos poderes extraordinários de intuição, ele servia como orientador do povo humilde.

Inconformado com as injustiças sociais do seu tempo, ele se transformou num pregador de ameaças, anunciador de castigos e num visionário que fazia previsões de um futuro promissor.

O profeta Daniel foi um dos quatro israelitas deportados para a Babilônia, a quem Deus concedeu o poder de intuição. Ele era muito entendido na interpretação dos sonhos. No livro atribuído ao profeta, encontram-se a descrição de uma série de visões estranhas experimentadas por ele próprio.

No terceiro reinado de Nabucodonosor, ele teve um sonho que o intranquilizou de tal modo que não o deixava dormir. Convocou o rei os mágicos e feiticeiros para que fizessem a interpretação do sonho. Como não o tivessem conseguido, Nabucodonosor deu ordem para que eles fossem exterminados e as suas casas reduzidas a cinzas. Antes que Daniel e os seus companheiros fossem punidos com o extermínio, o mistério do sonho do rei foi revelado ao profeta por intermédio dos seus poderes de intuição. No dia seguinte, Daniel procurou Arioc, encarregado de massacrar os sábios e videntes da Babilônia, e pediu para que o levasse à presença de Nabucodonosor. Arioc disse ao rei: "Achei, entre os deportados da Judéia, um homem que dará ao rei a explicação desejada". Levado à presença do rei, Daniel disse-lhe que os pensamentos surgidos em sua mente, durante o sonho, significavam previsões do futuro. Esclareceu que a cabeça de ouro que o rei havia visto em sonho representava o próprio rei e que, depois dele, surgiria outro reino menor, depois um terceiro reino que dominaria toda a Terra. Por último, viria o quarto reino que pulverizaria toda a Terra. O Deus supremo criará um reino que jamais será destruído, ao contrário, destruirá e aniquilará todos os outros, enquanto ele subsistirá eternamente. Este é o significado do sonho do rei. Daniel foi elevado em dignidade e recebeu ricos presentes.

O profeta Daniel interpretou outro sonho de Nabucodonosor. Disse-lhe que ele seria expulso dentre os homens e passaria a viver entre os animais do campo, pastando ervas como os bois e molhado pelo orvalho do céu. A profecia de Daniel se cumpriu. Doze meses mais tarde, o rei começou a ouvir vozes; diziam que o seu reino havia sido arrebatado, que ele seria expulso da companhia dos homens e iria viver entre os animais do campo. Tudo aconteceu. O rei foi declarado louco, e, expulso da comunhão dos homens, pastou capim como os bois, e o seu corpo, molhado pelo orvalho do céu. Ele próprio dizia que os pêlos do seu corpo haviam crescido como as penas da águia e suas unhas se transformado em unhas de pássaros e apresentou delírio transitivista, acreditando ter-se transformado em um boi.

Depois do acesso de loucura transitória de Nabucodonosor, o rei Baltazar, seu filho e sucessor, numa fase de embriaguez pelo vinho, foi vítima de uma alucinação visual: percebeu que, diante do candelabro, surgiram os dedos de mão humana, que escrevia algo na parede. O rei teve medo e começou a sentir tremores pelo corpo (crise de *delirium tremens*). Convocou os magos para decifrar o sentido das palavras, mas ninguém viu nada escrito na

parede. Foi, então, chamado Daniel que, na presença do rei, disse que, na parede, estavam escritas três palavras: Mané, Taques e Perês (contado, pesado, separado). Esclareceu o que isto significava: os dias do seu reinado haviam sido contados; que o rei tinha sido pesado na balança e considerado leve demais; e que o reino seria dividido e entregue aos medas e aos persas.

Os clássicos da psiquiatria tiveram oportunidade de registrar o fenômeno da intuição, mas não conseguiram aprofundar o seu conhecimento. O próprio JASPERS (1955) fala-nos de uma forma especial de delírio, a 'cognição delirante' (seria mais correto falar de intuição delirante: a convicção imediata de um sentimento. Revelação independente de qualquer dedução racional ou de qualquer dado sensorial). Ao contrário de cognição, que significa apenas aquisição de conhecimento. Aqui, porém, não se trata de um conhecimento, no sentido de uma apropriação do objeto pelo pensamento, qualquer que seja a maneira de conceber essa apropriação, ou seja, como percepção clara ou apreensão completa do objeto. Ao contrário, trata-se de uma identificação intuitiva com o objeto dado à percepção, ou melhor, dado pela leitura do fato narrado pela Bíblia.

O exemplo de JASPERS (1955) serve de maneira proveitosa para mostrar que o delírio, qualquer que seja o modo de sua exteriorização, é sempre um transtorno da intuição. No sentido adotado por nós, no delírio resta sempre uma espécie de resíduo incompreensível, de inconcebível, de abstrato. Os enfermos vivenciam sentimentos primários, sentimentos vivos, disposições de ânimo anormais, captações intuitivas. Um enfermo de HAGEN (1970) dizia: "Passa-se algo, diga-me o que se passa". E uma enferma de SANDBERG (1955) assim se expressou: "Sim, não sei o que está acontecendo, porém sei que existe algo". Tudo se passa no campo da intuição, do pressentimento, uma vaga espécie de preconização. As coisas do ambiente adquiriram novas significações. O ambiente está diferente, apenas do ponto de vista afetivo, as coisas se tornam diferentes. Uma tensão incômoda, nefasta, passa a dominar o paciente.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

Voltemos ao exemplo citado por JASPERS (1955): "Uma jovem lê a Bíblia. Detém-se na parte correspondente à ressurreição de Lázaro. Em seguida, ela própria se sente como Maria. Marta é sua irmã, Lázaro, o enfermo, seu primo. Experimenta intensamente o acontecimento que acaba de ler como uma vivência própria".

Em comentário, diz JASPERS (1955) que, do ponto de vista fenomenológico, ao lado dos acontecimentos ilusórios, alucinatorios, experimentados sensorialmente, há uma forma especial de vivência, na qual as funções sensoriais não estão de modo algum alteradas. A percepção do mundo exterior permanece inalterada, ao lado das intuições delirantes. Por isso, é perfeitamente concebível que o comprometimento, no delírio, se limite à captação intuitiva, sem que ocorra alteração das funções sensoriais. O enfermo continua a perceber os objetos do mundo externo de modo completamente normal, mas a desordem da intuição contribui para que o mesmo 'sinta' que algo está alterado. Este fato motivou a afirmação de GRÜHLE (1956) de que o delírio é incompreensível, impenetrável e que, conseqüentemente, o próprio enfermo não compreende o que se passa. O traço fundamental do delírio é a "vinculação sem motivo" (GRÜHLE, 1956). As concepções delirantes irrompem na mente do enfermo sem que, para isso, existam motivos compreensíveis.

O verdadeiro delírio é impenetrável em conseqüência da alteração da capacidade de intuição, cuja essência não é possível de ser descrita, mas possibilita apenas levantar suposições. Enquanto não dispusermos de um método para a pesquisa dos fenômenos intuitivos, permaneceremos sempre no campo das conjecturas, das analogias. Mas este fato não invalida a nossa concepção do delírio como transtorno da intuição, pois uma 'ciência' como a psicanálise é toda ela baseada em analogias.

O delírio não é apenas incompreensível para o examinador, mas, em relação ao enfermo, verifica-se que o mesmo não se mostra interessado em compreender as suas idéias delirantes, não faz o menor esforço nesse sentido, ao contrário, mostra-se muitas vezes irritado e agressivo quando se tenta trazê-lo à realidade. Os nossos argumentos não têm, para ele, o enfermo, o mínimo valor. Ele 'sabe' na maioria das vezes do que se trata. Este fato contribui para que se possa estabelecer a diferença entre intuições delirantes.

Ninguém melhor do que CONRAD (1963) percebeu o significado da alteração fundamental observada nos quadros delirantes. Muitas vezes, diante de determinados enfermos, ficamos bastante embaraçados e nos interrogamos: o que há aqui de anormal? O exame mais detido de certos pacientes nos leva à compreensão de que o delírio deriva de intuições que, por sua vez, derivam de outras intuições que, por sua vez, derivam de outras intuições e, assim, sucessivamente. Muitas vezes parece que os enfermos adquiriram a capacidade de apreender, intuitivamente, as qualidades fenomênicas essenciais, o ser essencial dos objetos e fenômenos da natureza, capacidade que o homem civilizado perdeu em resultado da imensa massa de conhecimento que lhe é transmitida pelos meios modernos de comunicação. Se tivermos ocasião de acompanhar o desenvolvimento normal de uma criança desde a época do nascimento, teremos oportunidade de verificarmos que, a partir de certa idade, a criança manifesta poderes excepcionais, como o de captar realidades que escapam aos nossos órgãos sensoriais de adultos civilizados. A impressão que temos, em determinadas situações, é que perdemos, com o desenvolvimento e a educação altamente repressiva, o poder inato como o da telepatia, da vidência e da precognição. Certas pessoas, por condições especiais, conservam esses poderes, mas, de modo geral, são encaradas com reservas, com desconfiança, quando não ridicularizadas.

A minha concepção é que, em determinados transtornos mentais, o indivíduo enfermo recupera os poderes naturais perdidos através do desenvolvimento no meio social. Em certos momentos do seu desenvolvimento físico e mental, parece que a criança permanece absorta, percebendo coisas, objetos e fenômenos que nós, adultos, não percebemos, e poderíamos dizer, com uma margem pequena de erro, que a criança está percebendo alucinações. É possível que em certas fases, a criança possa apresentar intuições de objetos e fenômenos que, posteriormente, nos adultos servem de base para os delírios crônicos

As intuições delirantes têm, como traço característico, o fato de serem uma 'revelação'. Em geral, têm o sentido de um 'aviso', de um 'sinal', de uma 'mensagem'. Paulatinamente, estabelecem-se as 'relações sem motivo' até que se instala o delírio em caráter definitivo. CONRAD (1963), em seu estudo sobre a esquizofrenia incipiente, compara a primeira fase das alterações da intuição como 'um campo alterado' e, como

conseqüência, surgem barreiras que contribuem para aumentar a tensão no campo até atingir a fase de evidência da ocorrência de algo iminente, algo que vai acontecer. Sobrevém a fase de revelação do delírio que, até então, se manifestava de forma rudimentar, como tensão acumulada.

Na opinião de CONRAD (1963), na primeira fase se desenvolve a temática, mas, em seguida, surge "a transformação da estrutura da vivência", quando se desenvolve plenamente a "consciência anormal de significação". O significado, isto é, a alteração da intuição, tem o caráter de revelação e se torna manifesto. O enfermo não compreende as dúvidas e objeções que possam ser feitas em face de sua convicção delirante, produto de uma profunda alteração da capacidade de intuição. Em seu estudo das alterações fundamentais observadas na esquizofrenia incipiente, CONRAD (1963) baseia-se na concepção de MATUSSEK (1963) e descrita por ALONSO-FERNANDEZ (1972, 1973) para quem, no delírio, o fundamental consiste na relaxação da estrutura natural da percepção, o que contribui, para destacar do objeto percebido, as propriedades de determinados objetos.

Refere que a linguagem comum é muito pobre para que se possam expressar as múltiplas qualidades da percepção e a terminologia psicológica não dispõe de nenhuma expressão adequada para designar o 'halo de qualidades' que reveste todos os objetos. Em seguida, considera que se poderia falar de "nuvens de propriedades que se encontram retidas nas coisas e que, às vezes, se liberam no delírio". Procura esclarecer o que entende por "nuvens de propriedades essenciais": "Na consciência vigil, habitualmente, não penetramos naquele 'ser essencial' que a partir da simples visualização de uma árvore que está diante de nós se impõe: o 'crescimento' em contraposição com a fabricado; o 'natural' em contraposição ao artificial; o 'antigo' em oposição ao novo; o 'elevado' em oposição ao reptar; o 'inflexível' em contraposição ao que se encurva; o 'movimentado pelo vento' ao contrário do rígido; o 'arraigado' e 'imóvel' em oposição ao desarraigado e móvel; o 'vivo e ramificado', ao contrário do geométrico; o 'são natural', ao contrário do mórbido; o 'entroncado' e capaz de resistência, ao contrário do delicado e frágil; o 'protetor e albergador', ao contrário do efêmero. Ao mesmo tempo a árvore pode evocar as propriedades do bosque. Talvez o bosque como habitáculo protetor e albergador, ou como

inabitável, ameaçador, inamistoso; o bosque como inabitável, fechado, impenetrável e opaco; o bosque como escuro, úmido, que alberga toda espécie de seres vivos; o bosque como esconderijo para o erótico; o bosque como infecundo, cheio de coisas más, através do qual alguém deve abrir caminho; o bosque como abundante em alimentos. Pode-se também evocar a árvore no sentido de valor monetário pela exploração da madeira, do comercial, no sentido de estimulação florestal e do abatimento de árvores, no sentido de posse de terras; no sentido de criador de umidade e provocador de chuvas".

A multiplicidade de propriedades essenciais de qualquer objeto da percepção é inexorável. Já tivemos oportunidade de fazer referência à possibilidade de que, na infância, a vivência adquira uma riqueza incomparável em relação à capacidade de captar propriedades essenciais. Por isso, o tema de cada intuição delirante isolada se torna imediatamente mais claro quando considerado dentro do campo total da temática delirante.

CONRAD (1963) destaca, nas intuições delirantes, três etapas fundamentais:

"1) O objeto percebido indica ao enfermo que se refere a ele, porém o mesmo não sabe dizer em que sentido.

"2) O objeto percebido indica que se refere a ele e o próprio enfermo sabe perfeitamente do que se trata.

"3) O objeto percebido significa algo completamente determinado (as propriedades essenciais se tornaram manifestas)".

Na opinião do autor citado, o fator mais importante na intuição delirante está no fato do enfermo dizer: "Tenho a impressão de que tudo gira em torno de mim".

Diz JASPERS (1955) que, em determinados casos de esquizofrenia, a transformação do mundo converte-se numa catástrofe aniquiladora. Cita VON BAYER (1932), para quem no delírio esquizofrênico há descoberta de um novo mundo, propriamente mais palpável, mais evidente, mais diferenciado do que nos outros fenômenos psicopatológicos. A vida psíquica dos enfermos esquizofrênicos não pode ser precisada de maneira suficiente, encarando apenas pelas alterações formais da vivência, pelos modos de

execução ou pela perturbação de funções. Na esquizofrenia, opera-se a transformação do conteúdo da vivência. Não se trata de preenchimentos acidentais de estruturas formais estranhas em si mesmas aos conteúdos humanos gerais, mas constituem o caráter de perturbação uma originalidade dos próprios conteúdos. Não existe, porém, um mundo esquizofrênico unitário, senão muitos no campo da enfermidade que denominamos esquizofrenia. Se, por acaso, existisse uma conformação unitária do mundo nesses enfermos, os esquizofrênicos poderiam entender-se entre si a formar uma comunidade. Ao contrário, jamais ocorre entendimento entre enfermos delirantes esquizofrênicos

No delírio da esquizofrenia incipiente ocorrem transformações do mundo inexplicáveis. Jamais interroga: por que ocorre na esquizofrenia inicial, com tanta frequência, o processo de revelação, religiosa, metafísica? Este representa um fato inaudito, impressionante. A compreensão súbita de algo sublime, essas vivências específicas de transformação do mundo, essas revelações do numinoso que ocorrem no período de transição entre a saúde e a enfermidade. Esses fatos não podem ser compreendidos em função da transformação psicótica da personalidade. CONRAD (1963) fala na relaxação da estrutura natural da percepção, o que contribui para destacar do objeto da percepção as propriedades essenciais, determinando a ampliação desproporcionada da percepção das propriedades inerentes aos objetos.

GRÜHLE (1956) apresenta este exemplo, a propósito de outro aspecto do delírio, que serve para ilustrar a concepção da intuição delirante de CONRAD (1963): "Não consigo imaginar a minha situação e, por isso, vejo coisas enviesadas. Sinto-me impossibilitado para agir com reflexão, senão apenas intuitivamente, pois não posso chegar a nenhuma conclusão justa. Que significam os cobertores cinzentos sobre minha cama? Representam pessoas? Como devo caminhar, se a minha boca tem de permanecer fechada? Que devo começar com os pés e as mãos se minhas mãos são tão brancas? Devo arranhar? A cada instante o meu ambiente se transforma. O que significa o movimento das enfermeiras? Não entendo e, por isso, não consigo explicar. Como posso fazer algo certo, se não sei o que é certo? Observo as coisas se transformarem diante dos meus olhos e assim não posso compreender esta situação tão estranha. O mundo se torna dia a dia mais inconcebível. O que se passa?" (GRÜHLE, 1956).

A impossibilidade de compreender as transformações que se operam em seu ambiente contribui para o aparecimento de um estado de perplexidade reativa. Mas, ao lado desse tipo de perplexidade, existe um outro de tipo paranóia que ocorre em muitos enfermos com plena lucidez da consciência. "As vivências delirantes e as intuições confusas contribuem para manter o enfermo em um estado de inquietação atormentadora. Sentem que existe algo, interrogam, investigam, não podem concebê-lo. "Diga-me o que está acontecendo", pergunta uma enferma ao seu esposo" (JASPERS, 1955).

Para alguns autores, o sentimento de transformação do mundo é o responsável pelo aparecimento da alteração do estado de ânimo inquietante.

O estado de ânimo especial que precede à intuição delirante, costuma acompanhar-se da consciência de vaga significação e da vivência do posto. Os elementos precursores da inspiração delirante que acompanham ao peculiar estado de ânimo são as obscuras suspeitas e os pressentimentos.

Para outros, o humor delirante é um sentimento primário, que aparece concomitantemente com as intuições delirantes. Segundo JASPERS (1955), surge no enfermo um sentimento de inconsistência e de insegurança que o impulsiona a procurar um ponto sólido em que possa agarrar, a firmar-se. O mundo externo aparece, ao enfermo, como inquietante, angustiante e ameaçador, com a objetivação de um estado de tensão interna que é vivenciado como algo vago e impreciso. Diz LÓPEZ-IBOR (1953) que "A estrutura do humor delirante conduz, por si mesma, ao absurdo e à disparidade, precisamente porque a unidade de sentido da vivência do ser normal está fendida, fissurada. Não está partida apenas a unidade de sentido, senão a unidade da própria vivência, tal como se apresenta no indivíduo normal: daí o fenômeno da contaminação". Verifica-se a contaminação das funções psíquicas em consequência à alteração da própria estrutura. Diz, em seguida, que os sintomas primários são cristalizações de um estado de ânimo fundamental mais ou menos transparente. O caráter processual do sintoma se torna mais nítido. De acordo com o referido autor, esta alteração do estado de ânimo é o que leva o enfermo a sentir-se em "outro mundo" muito diferente do mundo em que vivia antes da enfermidade. Por isso é possível compreender seu modo de existência através de sua existência alterada. A alteração do ser no mundo esquizofrênico não é nada mais do que a 'mutação existencial' de que nos fala KUNZ (1931, 1946).

Exemplo clínico - "O paciente informou ao médico que se sente dominado por uma espécie de vazio psíquico ao mesmo tempo em que não consegue se livrar da idéia fixa de catástrofe e morte. Diz: ando pela rua e mesmo dentro de casa como se estivesse morto. O meu estômago não funciona e a minha cabeça está morta. Sinto um medo indescritível de algo que não consigo explicar. Parece que o céu vai cair ou como se eu estivesse andando por uma cidade presa de incêndio. Tenho medo de algo que vai acontecer, não sei do que se trata, mas pressinto que vão acontecer fatos muito desagradáveis. Tenho medo de algo que não sei o que é, como se esperasse algo mau. Creio que a minha pessoa vai acabar e aguardo a morte com serenidade. Creio que vão dar voltas ao mundo e que me acontecerá algo desagradável. Sinto uma inquietude interior como resultado do temor de que algo me acontecerá. Experimento uma sensação desagradável na cabeça que não consigo definir. Impressão de perigo, medo de algo grave que me possa acontecer. Estou como uma parede que vai desabar, sei que algo vai acontecer, coisa que temo. No princípio do inverno comecei a sentir uma estranha sensação de ameaça que me fez ficar inquieto, violento, assustado, como se fossem fazer alguma coisa comigo. Parece que arde todo o meu corpo, que o coração bate de maneira assustadora, repercutindo nas têmporas e no ouvido. Sinto-o como um cavalo freado, os nervos lutam por escapar, uma sensação de fuga de forças, ouvindo como se fosse um eco, sem poder controlar meu cérebro, sem poder assimilar o que digo. Choro e rio ao mesmo tempo, com um riso espasmódico, ressoando em minha cabeça como horríveis gargalhadas. Tenho o pressentimento de que vai acontecer algo mau, algo da alma, todas as coisas me perturbam muito" (NÁGERA, 1954).

O enfermo desta observação mantinha-se em permanente estado de tensão, sempre alerta, sempre em guarda, numa expectativa ansiosa terrível, com o pressentimento de que algo de mau lhe ia acontecer. Ele não tinha consciência clara do que estava para acontecer, mas tinha uma espécie de pressentimento de que uma ameaça pairava sobre a sua cabeça.

O humor delirante tem como característica principal o estado de tensão que o enfermo experimenta no início da enfermidade. O sentimento de tensão precede, muitas vezes, durante meses e anos, a irrupção do surto esquizofrênico, como um estado

aterrorizador e incontrolável. Segundo CONRAD (1963), o humor delirante não falta de modo completo em nenhum caso de esquizofrenia incipiente.

Para Callieri (PAIM, 1990), a formação delirante primária não é dedutível do humor delirante e desfruta de um valor psicopatológico específico. O humor delirante acompanha-se de uma alteração da consciência, contribuindo para que o mundo do enfermo se torne estranho, transformado, pleno de significações e de auto-referência, como resultado das intuições delirantes.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

***CAPÍTULO 6***  
***O DELÍRIO: TRANSTORNO***  
***DA INTUIÇÃO***

Já estamos bastante distanciados das contribuições de JASPERS (1955, 1977) ao estudo clínico dos delírios e, no curso dos anos, vários autores criticaram as suas propostas de classificá-los como 'percepções delirantes', 'representações delirantes' e 'cognições delirantes', em virtude de tais expressões serem inteiramente inadequadas para designar os fenômenos delirantes.

Sabemos, perfeitamente que o termo 'percepção' é empregado em psicologia para designar o ato intencional, pelo qual tomamos conhecimento de um objeto que se encontra no meio exterior, considerado como real, como existente independentemente do próprio ato perceptivo. Trata-se de um fenômeno extremamente complexo, uma verdadeira síntese da qual participam sensações, imagens e a doação de significado ao percebido. Do mesmo modo, a palavra 'representação' tem hoje, em psicologia um sentido preciso, expressando o ato intencional da consciência pelo qual reproduzimos percepções passadas. Tem o mesmo sentido de imagem. Quanto ao termo 'cognição', já tivemos oportunidade de assinalar: é a aquisição de um conhecimento.

Estas expressões são inadequadas para designar um transtorno que não é do juízo nem do pensamento.

GRÜHLE (1956), que dedicou vários estudos ao problema do delírio, considerava que o mesmo era determinado por um processo orgânico cerebral. Em contraposição, JASPERS (1955) admitiu que o delírio era devido a um processo psíquico. Que significa isso: "processo psíquico?"

SCHNEIDER (1968, 1976) que, durante muitos anos foi responsável pela atualização da "Psicopatologia Geral", de JASPERS (1955), incide nas mesmas incongruências terminológicas. Admite que o delírio verdadeiro está representado pelas 'percepções delirantes' e 'ocorrências delirantes'. Considera como pensamentos delirantes os fenômenos delirantes que se conservam profundamente arraigados à mente do enfermo.

GRÜHLE (1956) incluiu em sua classificação das vivências delirantes o 'humor delirante'. Mas, antes dele, HAGEN (1970) teve o mérito de ser o primeiro autor a assinalar que o delírio é precedido de uma alteração do estado de ânimo. Não há desacordo entre os

fenomenologistas no sentido de admitirem que o humor delirante precede aos demais fenômenos delirantes, principalmente às intuições delirantes. Trata-se de um peculiar estado de ânimo, de onde se originam as suposições e os pressentimentos delirantes.

Quanto ao fato da incompreensibilidade das idéias delirantes, alguns autores consideram que não existe nenhuma alteração psicológica inacessível à compreensão. Na opinião de BASH (1964), para o enfermo delirante, os limites do compreender e talvez do querer compreender parecem rigidamente fixados à origem fenomênica da vivência delirante. As pressões do meio ambiente conseguem, unicamente, levá-lo a explicações causais complementares e, desde logo, "não experimenta a necessidade de compreender o seu delírio e se opõe às influências exteriores dirigidas no sentido de um compreender". O delírio está situado por trás do fenômeno ou dos fenômenos iniciais. O que contribuiu para alguns autores, como GRÜHLE (1956), afirmarem que o delírio é incompreensível, impenetrável e sobretudo irredutível, talvez tenha sido a confusão com a atitude do enfermo, que se nega firmemente a compreender o que se passa em sua mente transtornada. Por mais estranho que se manifeste um delírio, é possível penetrá-lo desde que se tenha realizado uma prévia preparação psicológica. "A ampliação de nossos conhecimentos neste sentido faz retroceder tanto os limites do que é para nós compreensível e penetrável que não encontramos mais justificativas para recusar qualquer conteúdo psíquico como fundamentalmente e de modo absoluto incompreensível e impenetrável" (BASH, 1964).

Diz ainda que o delírio não é só incompreensível para o seu portador, que este não se sente motivado para realizar tentativas para compreendê-lo e se defende contra as sugestões exteriores dirigidas no sentido de um compreender, apelando muitas vezes para uma "concatenação causal" à qual falta um fundamento objetivo.

Neste ponto se encontra a diferença entre a intuição delirante e a intuição normal.

Esta questão dos limites da compreensão psicológica representa, ainda em nossa época, uma das incógnitas da psicopatologia.

Conforme admitem alguns fenomenologistas, o humor delirante, descrito por HAGEN (1970), representa o estado de ânimo básico dos enfermos esquizofrênicos e condiciona o aparecimento das intuições delirantes. Para HUBER (1964), o humor delirante seria a fonte das vivências delirantes, mas não a sua motivação. De qualquer sorte, entre humor delirante e as vivências intuitivas delirantes há uma estreita vinculação, impossível de ser esclarecida pelos meios de pesquisas atuais da psicopatologia. Vários autores tentaram mostrar que o humor delirante representa a estrutura básica do delírio.

LÓPEZ-IBOR (1953), por exemplo, admite que o humor delirante propicia o aparecimento da inspiração delirante.

CONRAD (1963), em seu excelente estudo sobre a “esquizofrenia incipiente”, pôde fazer a distinção entre o que é típico da enfermidade e aquilo que é típico do indivíduo. Na primeira fase do surto esquizofrênico, CONRAD (1963) identificou uma alteração básica do estado de ânimo, a qual denominou de *trema*. Caracteriza-se por um estado de tensão pelo qual passam os atores de teatro, os oradores, conferencistas, concertistas e cantores no momento antes de enfrentar o público.

A duração do estado de tensão, nos enfermos esquizofrênicos, varia de caso para caso. Em seguida à fase de tensão, surge o pressentimento de um perigo, de uma ameaça. Os autores clássicos denominaram estes sintomas iniciais da demência precoce de ‘pródromos’ ou ‘fase prodrômica’, que nada esclarece a respeito do tipo de vivência. Esta vivência, que se encontra nos limites entre a vivência normal e a delirante, representa, segundo CONRAD (1963), o ‘humor delirante’. A fase de *trema* é incontrolável e atormentadora.

Esse tipo de vivência pode determinar, e quase sempre determina, a prática de atos destituídos de sentido, atos extravagantes e incompreensíveis para as pessoas do ambiente.

O *trema* produz, discretamente, a transformação da estrutura da vivência. Surge, então, aquilo que JASPERS (1955) denominou, de maneira precisa, de “consciência anormal de significação”, que se estende a todos os aspectos da intencionalidade da consciência. Em primeiro lugar aparecem as intuições delirantes. O enfermo capta uma realidade imprevista:

"O paciente delirante se comporta como um homem diante de uma revelação" (CONRAD 1963). A intuição anormal surge como algo manifesto (revelado), motivo pelo qual o enfermo não aceita as objeções que possam ser feitas às suas interpretações. "O saber se impõe nestas significações de modo imediato".

CONRAD (1963) estabeleceu três graus na vivência própria desta fase do processo esquizofrênico:

6.1. "A consciência anormal de significação, na qual a vivência adquire novas características, que se estendem a todos os atos intencionais, desde a percepção sensorial às representações, às cognições e ao pensar, emprestando a todas as manifestações fenomênicas um novo matiz, o que não falta nunca em nenhum processo esquizofrênico".

6.2. "A vivência do posto: o enfermo vivencia as coisas do campo que o rodeia como algo 'particular', como algo 'diferente', sem poder dizer em que sentido houve mudança ou por que se tornou 'particular'. Na realidade, tudo aparece ao enfermo sob a luz anormal da transformação do significado, sem que o mesmo possa explicar claramente o que se passa. Evidentemente existe algo que é percebido como modificado no campo externo global: os pacientes fazem referência ao 'posto', 'preparado', 'instruído', porém tudo permanece no campo do difuso, do obscuro, do indeterminado.

6.3. "A intuição delirante: o que é intuído não é 'compreensível', ao contrário, encontra-se inteiramente fora da categoria da compreensibilidade. Não há dúvida que, nesta fase, a vivência dos objetos experimenta uma alteração particular. CONRAD (1963) se baseia na concepção de MATUSSEK (1963), para quem o fundamental no delírio consiste no relaxamento da estrutura da percepção e que há um destacar de propriedades essenciais, aumentado e ampliado, em determinado objeto da percepção. Segundo CONRAD (1963), "o conteúdo de uma percepção adquire sempre o seu colorido qualitativo da relação global em que se encontra".

BASH (1964) definiu o delírio como "... uma crença que, para o seu portador, é evidente, sem necessidade de demonstração e irrefutável, porém, que é considerada errônea por uma pessoa sensata e em estado de perfeita normalidade psíquica". Em sua opinião, o delírio corresponde à intuição em seu estado puro, à intuição em sentido estrito. Não se trata de uma alteração da percepção, nem de interpretações falsas, mas de uma intuição que irrompe na mente do enfermo sem motivação externa ou interna compreensível, que possa dar origem a conexões significativas novas. Trata-se de uma alteração primária da capacidade de intuição, transformada agora em intuição delirante, o que contribui para a formação do verdadeiro delírio. Donde se conclui que todo delírio primário resulta de uma alteração da intuição. Esta concepção é inteiramente válida e não conto com elementos que possam contribuir para que seja inteiramente original, porque, desde os autores clássicos, encontramos, de passagem, vagas referências ao delírio primário como uma alteração da intuição.

Uma investigação mais detida do problema revela que, no delírio de auto-referência, as intuições mórbidas estão claramente evidentes, pois tudo indica que o enfermo observa e vai aos poucos concatenando os fatos mais significativos até chegar à conclusão de que os mesmos têm a ver com a sua própria pessoa.

Ao invés de insistir, teoricamente, na afirmação de que os delírios primários encontram a sua 'motivação' no transtorno da intuição, apresentamos alguns exemplos ilustrativos de psiquiatras que, de modo geral, se orientaram pelo método fenomenológico, através dos quais se possa evidenciar o nosso ponto de vista relativo à irrupção do delírio.

**6.4.1. GRÜHLE (1956)** refere que um dos seus pacientes, esquizofrênicos, afirmou: "Ao ouvir bater três horas, tive o pressentimento de que minha hora havia chegado".

**6.4.2. Do mesmo autor:** "Tive a intuição de que o boné vermelho do chefe-da-estação significava: eu te conheço".

6.4.3. Idem: "Ao chegar a Frankfurt tive o pressentimento de que todo mundo já me conhecia".

6.4.4. Um paciente do professor NOBRE DE MELO (1970) confidenciou: "Enquanto estive no café, pressenti a atitude suspeita do garçom que parecia saltitar em minha frente e entre os fregueses, de maneira assaz rápida e desagradável. Mais tarde, em casa de um amigo não me passou despercebido o seu inusitado comportamento. Ao sair, pressenti algo no olhar penetrante de um transeunte, provavelmente um detetive. Pouco depois, na rua, aproximou-se de mim um cão, que estava hipnotizado, pois era semelhante a um cão de borracha, como que movido por algum mecanismo".

Estes exemplos mostram, por si mesmos, a alteração fundamental observada no delírio e a impossibilidade com as quais os enfermos se defrontam para explicá-los. Como adverte BASH (1964), quando um doente tenta explicar seu delírio, atribuindo-o a uma inspiração divina, o que sobressai é o fato de que ele prescinde de compreender a sua própria afirmação, passando de um conjunto de relações compreensíveis a uma explicação causal, o que contribui para fortalecer a sua crença naquilo que já havia admitido como verdadeiro. Neste particular, a intuição delirante se diferencia muito pouco da intuição normal, a qual pode apresentar-se de modo evidente que exclui a necessidade de fundamentação exterior. Nos enfermos delirantes, os limites do compreender permanecem rigidamente fixos à origem fenomênica da vivência delirante e as pressões do ambiente contribuem apenas para que os mesmos procurem explicações causais. Como já tivemos oportunidade de assinalar, as modernas investigações da psicologia analítica indicam que é possível compreender o sentido do conteúdo do delírio.

Exemplo Clínico: *Expedido, com 24 anos de idade, de cor branca, solteiro, auxiliar de laboratório.*

*Desde a idade de 12 anos vem o paciente se revelando muito nervoso, brigando com as pessoas pelos motivos os mais insignificantes. Aos 14 anos, começou a trabalhar num laboratório de prótese dentária, no serviço de entregas. Abandonou o trabalho antes de completar um ano. Sempre gostou de jogar futebol. Aos 15 anos, tentou ingressar no juvenil do Bonsucesso, porém não foi aceito, porque o técnico achou que ele não tinha*

resistência física. Desde então, ficou muito preocupado, com desânimo, queixando-se de que era inútil, que não servia para nada. Dizia que não era igual aos irmãos, que revelavam desembaraço e estavam se encaminhando bem na vida, enquanto ele nada conseguia. Apresentava crises de choro e julgava-se infeliz, sem sorte. Aos 17 anos, foi convocado para o serviço militar, tendo sido considerado incapaz, temporariamente, por deficiência de peso. Passou muito tempo preocupado, dizendo que nunca teria condições para servir ao Exército. Rezava muito. No ano seguinte, apresentou-se novamente ao Exército e, dessa vez, foi considerado incapaz, em caráter definitivo, porque não tinha o desenvolvimento físico correspondente a sua idade. Recebeu certificado de reservista, porém não conseguia emprego. Já nessa época revelava tendência a viver significações. Tinha a impressão que as pessoas debochavam dele e que muitos pensavam que não se pode confiar num homem que não serviu ao Exército. Sentia-se humilhado, porque necessitava de dinheiro e tinha de recorrer aos irmãos. Muito preocupado com o problema de roupas. Nunca se mostrava satisfeito com as roupas que lhe destinavam. Ora considerava que as calças estavam largas demais, ora muito apertadas, ora que o paletó não lhe caía bem.

Em princípio de 1958, conseguiu uma colocação como auxiliar de laboratório. Um mês antes de completar um ano e sair de férias, a genitora notou que ele estava muito esquisito. Justamente no período das férias foi quando ele se manifestou mais transtornado. Não dormia, e, durante o dia, mostrava-se bastante inquieto, intranquilo e com uma expressão de pavor estampada no rosto. Dizia que algo desagradável estava prestes a lhe ocorrer. Ao término das férias, quando teve de retornar ao trabalho, demonstrou grande dificuldade para sair de casa. Ficava andando de um lado para o outro: ia até a porta de saída, mas não se decidia a sair. Assim, passavam-se cerca de quinze minutos, até que alguém insistisse para que ele fosse embora. No trabalho, conduzia-se com exagerado desembaraço, completamente fora do normal. Começou a apresentar cismas em relação aos companheiros de trabalho, dizendo que eles estavam sempre cochichando, falando coisas desagradáveis a seu respeito. Tinha o pressentimento de que, quando passava junto de um grupo de companheiros, eles diziam entre si: "ali vai o mariquinhas". Por intuição sabia que ninguém confiava em sua pessoa. Por essa época foi levado a um psiquiatra e esteve em tratamento ambulatorial pelo período de um ano, sem apresentar nenhuma modificação do quadro clínico. Durante esse tempo permaneceu em casa, calado, indiferente, queixando-se

*de insônia e dores de cabeça. Ria muito sozinho e, com relativa frequência, mirava-se no espelho. Referiu aos irmãos que escutava "vozes" durante a noite e ficava com um ódio tremendo e tomou a decisão de que tinha de matar alguém para se livrar daquela perseguição. Dizia que estava sendo perseguido pelo demônio e pela "pomba gira", a mulher do demônio. Lamentava-se de que ninguém pudesse compreender como ele sofria com tamanha perseguição. Passava as noites fumando, tomando café e com muito medo. Nunca se preocupou com namoradas. Revelava-se tímido em relação às mulheres. Há quinze dias, ao apertar a mão de uma garota, sua vizinha, percebeu que a mão estava muito grossa: queixou-se em seguida que sentiu mal-estar, enjôo e ficou pensando que lhe haviam transmitido algo sobrenatural.*

*Foi internado na Casa de Saúde Dr. Eiras. Ao ser examinado, revelava-se deprimido, falando em tom de voz baixo, a mímica apagada, gestos escassos e informações extremamente precárias. Fez referência a "vozes" de conteúdo depreciativo: chamam-no de "jeca", "covarde", "mal-educado", dizem que ele não é homem e algumas vezes o chamam de "veado". Algumas vezes percebe que umas "vozes" tomam a sua defesa e contradizem: "ele é homem, sim", "ele não é covarde", "ele não tem culpa". Informou também que em sua casa, quando está pensando em alguma coisa, percebe que os seus pensamentos são repetidos no andar de cima, onde residem certas pessoas que o perseguem. Alucinações cenestésicas. Sente o corpo dilatado e que as pernas estão grossas, fora do normal. Inibição do curso do pensamento. Delírio de perseguição inconsistente, mal sistematizado. Queixa-se de perseguição que lhe movem os vizinhos e os colegas de trabalho. Tem cismas do pessoal de uma escola de samba, porque eles desejam arruiná-lo e arrasar com a sua família. Humor delirante. Pressentimentos de vagas transformações do meio ambiente. Às vezes está perfeitamente bem na rua, porém, ao voltar para a casa tem a intuição de que tudo está mudado. Enfraquecimento dos sentidos familiares. Sente muito medo de tudo, o que contribui para que viva angustiado, inquieto e sem um instante de sossego. Não pode escutar rádio, porque admite que estão transmitindo algo relacionado com a sua pessoa. Atos extravagantes: passa horas seguidas mirando-se no espelho, rindo sozinho, fazendo caretas (MALTA, 1973).*

Esta observação clínica de um caso típico de hebefrenia mostra como as transformações iniciais da doença vão se operando de maneira relativamente discreta. O humor delirante está presente desde o início da doença. O paciente começou a apresentar, ainda na adolescência, crises de choro inexplicáveis, julga-se infeliz e diferente dos outros irmãos. Mostra-se inquieto, torturado e demonstra intensa ansiedade. No período seguinte, começa a viver significações. Há uma fase em que as intuições delirantes adquirem um poder extraordinário, o que contribui para que o doente tenha pressentimentos sombrios a respeito de algo desagradável que está prestes a acontecer. Surge, em seguida, o cortejo sintomatológico que permite configurar o quadro clínico: delírio de perseguição inconsistente, alucinações auditivas de conteúdo desagradável, alucinações cenestésicas que contribuem para que o enfermo perceba graves alterações em seu próprio corpo. Evidenciam-se também as interpretações delirantes: ao apertar a mão de uma jovem, percebeu que ela lhe havia transmitido algo sobrenatural.

Os enfermos delirantes, no início da enfermidade, quando permanecem oscilando entre o período de certa normalidade e a fase pré-delirante, têm, eles próprios, uma vaga consciência de que está ocorrendo algo estranho, de que o mundo está se transformando. Pode acontecer que esse pressentimento se estenda a todas as coisas do seu ambiente, pois eles têm a intuição de que se passa algo de indescritível. Com o transcorrer do tempo, o paciente chega a compreender que tais alterações estão relacionadas com a sua pessoa. Em outras situações, podem prevalecer os pressentimentos de que algo terrível vai acontecer ou as suspeitas obscuras de que este homem e esta mulher que se dizem ser seus pais não o são na realidade. Estas vivências estranhas são experimentadas como produtos anormais de sua própria mente. Os nossos atos psíquicos têm um caráter intencional, a consciência está dirigida em determinado sentido, seja uma percepção, uma imagem, um sentimento. Mas, no enfermo delirante, o caráter intencional da consciência pode experimentar uma mudança de direção, e isto ocorre, precisamente, nas vivências pré-delirantes ou na própria intuição delirante.

A conexão estrutural entre o humor delirante e a intuição delirante não pode ser mais obscurecida e pode-se afirmar que existe uma conexão genética entre eles (humor delirante e intuição delirante). Ao contrário de outros autores, RÜMKE (1964) em 1950 afirmou que o humor delirante sempre precede geneticamente o delírio.

A leitura detida de trabalhos antigos, dedicados ao estudo dos delírios crônicos, mostra que seus autores estiveram bem próximos de colocar o delírio como uma perturbação da capacidade de intuição.

GRÜHLE (1956), por exemplo, diz que a 'vivência de significação' é não só a causa como a essência do delírio. No exemplo citado de GOÁS (1966), em certo passo, o enfermo diz: "Naquele instante tudo se tornou perfeitamente claro. Toda a minha depressão e minha angústia desses últimos tempos, que tanto me fizeram sofrer, ficaram esclarecidas naquele momento. Não era mais do que um 'pré-sentimento' de algo que eu não havia me dado conta". O próprio GOÁS (1966) afirma que o delírio representa um sinal, uma mensagem do outro mundo, uma espécie de algo orientado no sentido da auto-referência, mensagem essa captada de maneira intuitiva.

Na excelente observação de COURA (1977-1994), incluída nesta dissertação, verifica-se, claramente, que a paciente teve a intuição de que era Santa Helena. Em minha opinião, não se trata de uma ocorrência delirante, no sentido de JASPERS (1955, 1977) e SCHNEIDER (1968, 1976), mas de uma intuição delirante, que vem corroborar com o meu conceito do delírio primário como transtorno da capacidade de intuição.

Em época longínqua, SÉRIEUX & CAPGRAS (1909) fizeram referência ao delírio como um raciocínio falso, tendo, como ponto de partida, intuições errôneas de significação especial para o doente.

Vejamos este último exemplo clínico, citado como reforço do nosso ponto de vista a respeito do delírio primário:

*"Um dos nossos pacientes, jovem de 24 anos de idade, estudante universitário, após haver atravessado curto período de secretas ruminções e desconfianças, começa a sentir-se alvo de "indiretas" e "alusões tendenciosas" à sua conduta e à sua pessoa, como se quisessem atribuir-lhe algo punível e censurável, qualquer coisa imoral ou de caráter ilegal que, porventura, houvesse praticado. A princípio, nem sabia ao certo do que se tratava e muito menos quando, como e onde se originara, se entre os seus colegas de Faculdade ou mesmo na pensão em que residia, havia mais de um ano, pois seus pais*

moravam no interior. Acredita que alguém da própria pensão, talvez outro estudante, como ele, houvesse andado a espioná-lo no banheiro ou houvesse notado qualquer vestígio suspeito em suas vestes, e logo se pusesse levemente a "matraquear". É que, ao contrário da maioria, mostrava-se sempre reservado quanto às coisas de sexo, recusando-se a acompanhar os colegas em suas idas aos prostíbulos, sempre sob diversas e variadas alegações, e é provável que essa abstinência houvesse acabado por despertar curiosidade, em torno dos seus hábitos.

Confessa que, de fato, masturbava-se em excesso "aliás como tantos outros jovens", pois a verdade é que não lhe sobrava tempo para conquistas, nem dinheiro para frequentar casas de mulheres públicas. Mas isso não justificaria, afinal, o que "andavam espalhando" a seu respeito, sem que atinasse com que finalidade. Pressentia na expressão fisionômica das pessoas com quem convivia, ora um ar de repulsa ou de desprezo, ora de benévola condescendência, como se tivessem a considerá-lo um "pobre rapaz viciado, escravizado ao onanismo e para sempre privado dos verdadeiros prazeres do sexo". Não conseguia saber qual a razão de ser de tudo aquilo: se estava sendo vítima de alguma perversidade ou se tudo não passava afinal de pura "palhaçada". Mas o certo é que se sentia hostilizado, ridicularizado, ameaçado, a um só tempo.

Com isso, pusera-se na defensiva, é lógico, retraindo-se e isolando-se cada vez mais. Parava o menos possível na pensão, onde só ia para dormir, fazendo as refeições em restaurantes. E também pouco frequentava as aulas, passando os dias a vagar solitário, pelas ruas, sentando-se em praças públicas, ou perambulando de cinema em cinema. Com isso, emagrecera bastante, suas olheiras se acentuaram e aparecera-lhe um tremor discreto nas mãos, "sinais infalíveis" que, ao seu ver, denunciavam o seu "vício abominável que já agora não conseguia mais disfarçar. Parecia-lhe que o seu caso, em certas rodas, tornara-se tema de anedotas licenciosas e pretexto para pilhérias de mau-gosto. E o pior é que, além de tudo, devia estar passando por covarde.

Ultimamente pressentia que na rua indivíduos desconhecidos e mal-encarados olhavam-no de maneira provocadora, ou caminhavam ao seu encontro como para simular "um esbarro casual" e testar a sua capacidade de reação. Até mesmo mulheres, que nunca vira antes, fitavam-no de maneira estranha, inquiridora, como se quisessem transmitir-lhe algum aviso ou comunicar-lhe qualquer coisa que, todavia, não conseguia compreender.

*Em certa ocasião, ao passar próximo a um grupo de moças e rapazes que conversavam animadamente, junto à entrada de um edifício de apartamentos, pressentiu que havia sido injuriado, em voz baixa, e que todo o grupo espocara, de repente, numa estrondosa gargalhada, que o deixara completamente arrasado. Passara a noite imaginando um plano de defesa. Mas a partir de então, a "campanha difamatória" intensificara-se e passara a observar, por toda a parte, algo que significava alusões insultuosas, pejorativas e humilhantes à sua pessoa.*

*O título de um filme de sucesso, na ocasião, o cartaz de propaganda de certo tipo de refrigerante e até os versos de uma canção popular em voga, que as casas de discos e estações de rádio transmitiam a todo instante, continham insinuações desairosas, claras ou veladas, a acontecimentos de sua infância, já quase esquecidos, a segredos de família que não consegue atinar como tenham sido descobertos, e até levandades de uma de suas irmãs, a caçula e predileta dos pais, envolvida em peripécias de um noivado fracassado, pois o indivíduo com quem estava namorando não era nada menos do que um "cafajeste", que a desvirginara, tudo isso era divulgado pelos lugares públicos. Sentia-se oprimido, inquieto e intensamente angustiado com tais fatos que atingiam diretamente a sua honra pessoal (NOBRE DE MELO, 1970).*

Na observação deste paciente, nota-se que, de início, surge uma alteração característica do estado de ânimo de onde procede uma espécie de sentimento de culpa em consequência do seu hábito solitário. Ao mesmo tempo, ou logo em seguida, surgem as intuições delirantes que muito contribuíram para que ele mantivesse pressentimentos de que as demais pessoas faziam comentários desairosos a seu respeito. A princípio, o enfermo não sabia realmente do que se tratava, mas, aos poucos, foi concatenando as suas idéias delirantes, até chegar à convicção de que "andavam espalhando" algo desagradável sobre a sua pessoa. Como tais idéias gravitavam em torno do seu hábito masturbatório, isto pode contribuir para que se admita tratar-se de um caso de delírio sensitivo paranóide, descrito por KRETSCHMER (1959). Não se trata, porém, de idéias deliróides de interpretação, mas de um verdadeiro delírio primário, calcado em intuições e pressentimentos delirantes, cuja evolução contribuiu para firmar, com segurança, o diagnóstico de esquizofrenia paranóide.

Autores do passado, que descreveram delírios como entidades nosológicas, tiveram oportunidade de registrar que, muitos dos enfermos examinados não apresentavam sinais evidentes de alteração da personalidade. SÉRIEUX & CAPGRAS (1909), por exemplo, que descreveram o delírio de interpretação, registraram que muitos dos seus pacientes não deviam ser considerados como alienados, pois mantinham relações normais com o ambiente, conservavam o aspecto exterior em perfeitas condições de normalidade e muitos viviam no meio social sem despertar suspeitas de serem portadores de delírio. Acrescentam que muitos enfermos eram internados não em virtude de suas idéias delirantes, mas em consequência de reações violentas, muitas vezes perigosas, pelo fato de serem contrariados em seus desígnios. Assinalaram os autores citados que, se entrarmos em contato com esses pacientes e tivermos oportunidade de ler a sua correspondência, não se encontra nada de despropositado em sua linguagem, ao contrário, podem-se verificar uma forma correta de se expressar, uma perfeita normalidade de raciocínio, as lembranças muito fiéis aos acontecimentos do passado, uma curiosidade desperta, uma inteligência intacta, algumas vezes muito penetrante e de alto nível. É em face desses enfermos que, em certos momentos, ficamos perplexos e interrogamos a nós mesmos: onde se encontra aqui a anormalidade? Apenas o delírio, que partiu de intuições falsas, consequência natural de uma alteração desconhecida, para nós, da capacidade intuitiva.

## ***2. MATERIAL E MÉTODOS***

## 2.1. CASUÍSTICA E OBSERVAÇÕES PESSOAIS

### 2.1.1. Número de pacientes, locais e datas

A nossa amostra é composta de 146 pacientes, 141 delirantes e 05 não delirantes, de ambos os sexos sendo, 84 homens e 62 mulheres, com idades acima dos 19 anos e abaixo dos 78 anos, avaliados durante o período de 1977 a 1987, na sua totalidade em hospitais psiquiátricos públicos do Governo do Estado de São Paulo - Brasil.

São eles: Hospital Psiquiátrico de Juqueri (Ju), Hospital Psiquiátrico da Vila Mariana (VM) e Hospital Psiquiátrico Pinel (HP). Alguns poucos doentes foram examinados ambulatorialmente no Hospital de Juqueri (Ab).

2.1.2. São transcritas também vinte (20) observações de pacientes com delírios típicos e assim divididos: a) - cinco (05) casos da amostra geral; b) - cinco (05) outras observações realizadas pelo autor em Lisboa - Portugal e dez (10) casos especiais da observação pessoal do autor. Estes casos foram analisados qualitativamente e em profundidade.

## 2.2. MÉTODO

### 2.2.1. Critérios de escolha dos locais e pacientes:

#### 2.2.1.1. Geral:

A escolha dos pacientes hospitalizados foi feita, tendo em vista, principalmente, os seguintes aspectos: 1) facilidade para selecionar os pacientes delirantes e os vários tipos de conteúdo do delírio; 2) maior disponibilidade de tempo para proceder as entrevistas, sempre por mais de um médico ao mesmo tempo e, por vezes, avaliação em equipe; 3) possibilidade de esclarecer melhor os pontos discordantes em relação à psicopatologia, tendo sempre o paciente presente durante o período da avaliação; 4) possibilidade de repetir os exames tantas vezes quanto necessário; 5) facilidades quanto a entrevistas repetidas com familiares, quando necessário, com o objetivo de esclarecer pontos obscuros em relação ao *início do quadro delirante* e a *presença ou ausência do transtorno de intuição* e 6) facilidade quanto ao treinamento e discussões pelos médicos avaliadores das várias escalas empregadas no trabalho.

Os pacientes foram escolhidos tendo como critério principal a presença ou ausência do delírio, de qualquer tipo e conteúdo. Alguns poucos casos que constam da casuística como não portadores de delírio, de início foram tidos como delirantes, porém uma observação mais apurada destes pacientes mostrou não serem de fato delirantes. Optou-se, no entanto, por conservá-los no trabalho, em função da possibilidade de futuros dados comparativos serem necessários, mesmo com número pequeno deles.

Os doentes avaliados na Clínica Psiquiátrica Universitária de Lisboa não foram incluídos nas análises estatísticas, por não terem sido examinados à luz das várias escalas usadas. Foram feitas apenas algumas sessões de treinamento com o Professor BARAHONA FERNANDES (1975-1985), logo após o término da elaboração de sua 'escala' em 1980.

#### **2.2.1.2. Pacientes que constam das análises estatísticas:**

**2.2.1.2.1.** Em primeiro lugar, fez-se estudo retrospectivo e transversal, recorrendo-se aos prontuários clínicos de todos os pacientes recém admitidos nos hospitais, dos quais foram separados os casos em que a sintomatologia positiva tivesse o delírio como um de seus componentes e tivessem condição de se comunicar.

**2.2.1.2.2.** Separados os prontuários, estes pacientes tiveram uma primeira entrevista com dois profissionais psiquiatras. Nesta primeira entrevista, estando sempre presente o autor deste trabalho, era colocado abertamente aos examinados que: eles seriam avaliados para uma pesquisa; seriam usados testes e questionários; teriam de responder várias perguntas; seriam algumas vezes examinados por equipe médica; sempre haveria, pelo menos, dois médicos a examiná-los e que isto poderia ser cansativo. Além disso, possivelmente as entrevistas seriam repetidas e mesmo seus familiares poderiam ser consultados a respeito dos seus problemas. Foram alertados para o tipo de uso que se pretendia fazer dos dados recolhidos na pesquisa e de que maneira isto poderia ajudar não só a eles, mas, eventualmente a futuros doentes que poderiam beneficiar-se dos conhecimentos adquiridos. Finalmente, foi solicitado o consentimento definitivo para participarem dos trabalhos.

**2.2.1.2.3.** Os pacientes somente passavam para a fase posterior se dessem o seu consentimento e aceitassem colaborar.

2.2.1.2.4. Em seguida, passou-se a fazer nova anamnese psiquiátrica detalhada, em que apenas um dos médicos se dirigia ao paciente e fazia as perguntas. Alternando-se de paciente para paciente, tentava-se escrever o mínimo possível à frente do doente, dando a ele o tempo máximo possível para discorrer sobre seus problemas. Invariavelmente, perguntava-se sobre o início dos problemas e o que sentia nesta época, bem como o que as outras pessoas achavam do seu caso.

2.2.1.2.5. Somente após as entrevistas, os questionários eram preenchidos, independentemente, pelos profissionais examinadores. Estes eram médicos, com alguma experiência em psiquiatria, nunca menos de dois anos, com conhecimento prévio dos questionários e treinamento feito anteriormente. Tal treinamento era realizado em conjunto e sempre na presença de orientador.

2.2.1.2.6. Os questionários, depois de preenchidos, eram comparados entre os examinadores, somente sendo aproveitados os que não apresentassem divergências fundamentais quanto aos itens a serem examinados. Questionários de síntese, com a média (consensual) dos achados, foram usados ao final, para serem lançados os resultados.

2.2.1.2.7. Um pequeno número de pacientes não delirantes (5), com distúrbios em outras áreas do pensamento, permaneceu no estudo.

2.2.1.2.8. No caso do sintoma positivo presente, porém com dúvidas quanto à sua forma de início, foram convocadas as famílias, para, com data e hora marcadas, serem inquiridas por, pelo menos, dois dos médicos que houvessem participado da avaliação do paciente. Nesta entrevista, os dois profissionais podiam falar com os familiares de forma livre.

2.2.1.2.9. Em alguns casos, em que existiam distúrbios de consciência e orientação associados, as entrevistas eram feitas após a melhora dos seus estados confusionais, quando possível. Em outros casos, em que a demenciação e consolidação dos delírios eram evidentes, as entrevistas com familiares foram fundamentais.

2.2.1.2.10. Feitas as entrevistas, selecionados os questionários e os prontuários, estabeleceu-se o diagnóstico final da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (C.I.D. - 9a.

Rev., 1979). A maioria deles coincidente com os diagnósticos de entrada nos hospitais dos doentes. Os que não coincidiam, optou-se por conservar no trabalho o de entrada no hospital.

**2.2.1.2.11.** Os pacientes, de maneira geral, não foram tratados pelos médicos que os examinaram para este trabalho. Quando necessário, houve autorização dos profissionais que os assistiam, para participarem do estudo. Os diagnósticos, bem como os prognósticos, posteriormente elaborados de forma detalhada, serviram como sugestões e foram usados para tratamento desses pacientes, por seus respectivos psiquiatras assistentes.

**2.2.1.2.12.** Foram examinados 190 pacientes, porém permaneceram até o final os 146 descritos.

**2.2.1.2.13.** Os motivos da exclusão dos 44 pacientes ausentes ao final do estudo foram: primeiro, 17 pacientes tiveram avaliações discordantes, em relação aos itens fundamentais, entre os cotadores; segundo, 10 pacientes não aceitaram participar por algum motivo, inclusive em função do seu próprio delírio; terceiro, 6 pacientes apresentaram perturbações graves da consciência, orientação ou outra esfera psíquica, o que os impediu de serem avaliados quanto aos itens propostos; quarto, 4 pacientes apresentaram intercorrências com problemas clínicos, não podendo ser entrevistados posteriormente; quinto, outros 4 pacientes foram retirados dos hospitais, com alta, a pedido dos familiares; sexto, 2 pacientes não puderam ter os dados da sua entrevista comprovados por anamnese objetiva com familiares e sétimo, 1 paciente veio a falecer durante o período em que estava sendo examinado.

**2.2.1.2.14.** Cada paciente foi entrevistado pelo menos três vezes.

## **2.2.2. Escalas, testes e classificações usadas:**

**2.2.2.1.** Escala de Estruturas Psicopatológicas Básicas (BARAHONA FERNANDES, 1988). Usada em caráter experimental, tendo em vista a complexidade das análises possíveis, particularmente em função da pouca fiabilidade entre os cotadores, só deveria ser usada por profissionais experimentados e com profundos conhecimentos da teoria deste professor, praticamente inexistentes no Brasil à época dos exames. Não foi considerada para os cálculos estatísticos aqui desenvolvidos.

**2.2.2.2.** Exame Psicopatológico Fenomenológico Clássico, ressaltando estruturas propostas por PAIM (1990), como sendo do Pensamento: Conceitos (C), Juízos (J), Raciocínio (R) e acrescentamos Intuição (In). Quanto a estes itens, nossa avaliação se restringiu à presença (Sim)-(S) ou ausência (Não)-(N). Em alguns casos permaneceram dúvidas; assim sendo, para os cálculos finais, consideramos o achado como negativo, particularmente no item intuição.

**2.2.2.3.** Escalas do Manual de Documentação e de Quantificação da Psicopatologia (AMDP). Muito embora tenham sido usadas todas as escalas, consideramos, para efeito dos valores e cálculos estatísticos, apenas os itens gerais presentes e, sem a devida quantificação, a Escala 4 - Exame Psicopatológico.

**2.2.2.4.** Diagnóstico Psiquiátrico elaborado através da Classificação Internacional de Doenças da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (O.M.S.) - 9a. Revisão (1979), ainda em uso, oficialmente, no Brasil e em Portugal, à época deste trabalho.

**2.2.2.5.** Classificação pessoal quanto a estado civil, nível de instrução e profissão. Numerados de 1 a 9, assim sendo:

### Estado civil (E)

1- solteiro(a);

2- casado(a);

3- outros (divorciados, viúvos, separados etc.);

### Instrução - Formação pessoal (F)

4- analfabeto(a);

5- curso primário e/ou secundário;

6- curso superior;

Profissão (P)

7- sem profissão;

8- profissão não qualificada (trabalhador do campo, operário);

9- profissão qualificada (formação superior, prof. liberal etc).

### **2.2.3. Avaliação global da amostra:**

Quanto ao nível sócio-econômico, determinação da internação e atitudes da família frente ao doente e à internação.

#### **2.2.3.1. Nível sócio-econômico:**

Os pacientes da nossa amostra eram todos oriundos de hospitais públicos, portanto, de maneira geral, podemos afirmar que o seu nível sócio-econômico era baixo. Havia algumas exceções, para pacientes de classe média, cuja procura pelos serviços públicos vinha em função da excelência dos serviços prestados, tendo em vista, principalmente, o fato de estes hospitais serem todos escolas, ou locais de treinamento para Faculdades de Medicina.

#### **2.2.3.2. Determinação da internação:**

A grande maioria dos doentes da nossa amostra veio aos hospitais, trazida por familiares ou mesmo sozinhos. No entanto, havia número reduzido deles que apresentavam vários anos de internação anterior no Manicômio Judiciário do Estado de S. Paulo, por crimes anteriormente cometidos, muitas vezes em função do próprio delírio. Estes vieram transferidos desta unidade médico-judiciária, e nestes casos, alguns tinham família que os visitava regularmente, ou era contactada pelo serviço social hospitalar.

### **2.2.3.3. Atitudes das famílias:**

As famílias, de maneira geral apoiavam seus parentes doentes. Nenhuma delas, quando solicitada, deixou de colaborar deliberadamente com o estudo. Alguns familiares, quando instados a comparecerem aos hospitais, no início, ainda sem saber do que se tratava, ofereciam certa resistência, principalmente quando os pacientes haviam sido internados com crises de agressividade. Alegavam necessidade de tempo maior para terem alta, desde que tinham receio da pouca melhora dos pacientes e novas crises de agitação psicomotora.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

### ***3. RESULTADOS***

### 3.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA:

#### 3.1.2. Total de pacientes

Tabela 1

DELIRANTES	NÃO DELIRANTES	TOTAL
141	05	146
96,58%	3,42%	100%

#### 3.1.3a. Distribuição segundo a idade de 146 pacientes delirantes e não delirantes.S.Paulo, 1977-1987.

Tabela 2

faixa etária (anos)	N	%
19 a 28	37	26,00
29 a 38	53	35,60
39 a 48	31	21,25
49 a 58	18	12,35
59 a 68	06	04,10
69 a 78	01	00,70
Total	146	100,0

### 3.1.3b. Representação gráfica das idades dos pacientes:

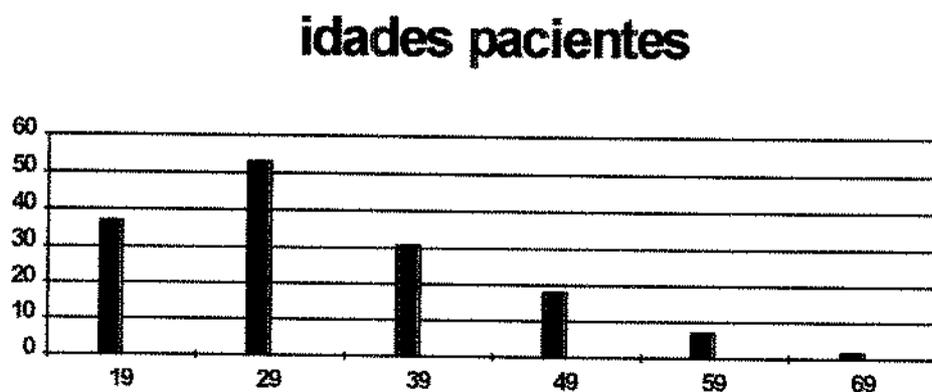


Gráfico 1

### 3.1.4. Procedência dos 146 pacientes de ambos os sexos, delirantes e não delirantes. São Paulo, 1977 - 1987.

Tabela 3

Instituição	n	%
Hospital de Juqueri *	69	47,26
Hospital V. Mariana *	53	36,30
Hospital Pinel *	20	13,70
Ambulatório Juqueri *	04	02,74
Total	146	100,0

\* Serviços pertencentes, na época, ao Governo do Estado de S. Paulo - Brasil

**3.1.5. Estado civil dos 146 pacientes, delirantes e não delirantes. São Paulo, 1977 - 1987.**

**Tabela 4**

<b>Est. Civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Solteiros - 1	101	69,22
Casados - 2	30	20,55
Outros - 3	15	10,23
Total	146	10,23

**3.1.6. Nível de instrução ou formação dos 146 pacientes delirantes e não delirantes. São Paulo, 1977 - 1987.**

**Tabela 5**

<b>Nível de instrução</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Analfabetos - 4	22	15,07
Prim./Sec. - 5	118	80,82
Superior - 6	06	04,11
Total	146	100,0

**3.1.7. Profissão dos 146 pacientes delirantes e não delirantes da amostra geral. São Paulo, 1977 - 1987.**

**Tabela 6**

Profissão	n	%
Sem Profissão - 7	55	37,67
Prof. não qual. - 8	86	58,90
Prof. qualif. - 9	05	03,43
Total	146	100,0

**3.1.8a. Distribuição dos pacientes delirantes e não delirantes segundo os diagnósticos psiquiátricos (OMS-Cid-9<sup>a</sup> Rev.79). São Paulo, 1977 - 1987.**

**Tabela 7**

Diagnósticos	Cid 9 <sup>a</sup> Ver.	n	%
Psicoses Senis *	290.	00	00,00
Psicoses Alcoólicas	291.	09	06,16
Psicoses p/Drogas	292.	01	00,68
Psicoses Orgãos. Transít.	293.	26	17,81
Psicoses Orgãos. Crônicas	294.	07	04,80
Psicoses Esquizofrênicas	295.	83	56,85
Psicoses Afetivas	296.	03	02,06
Estados Paranóides	297.	11	07,53
Outras Psic.Não Orgânicas	298.	06	04,11
Psicoses da Infância *	299.	00	00,00
Total		146	100,0

\* Não constam da amostra psicoses senis e da infância

3.1.8b. Representação gráfica da distribuição numérica dos pacientes e seus respectivos diagnóstico psiquiátrico pelo Cid-9.

### Diag.Cid-9 x No. de Pacientes

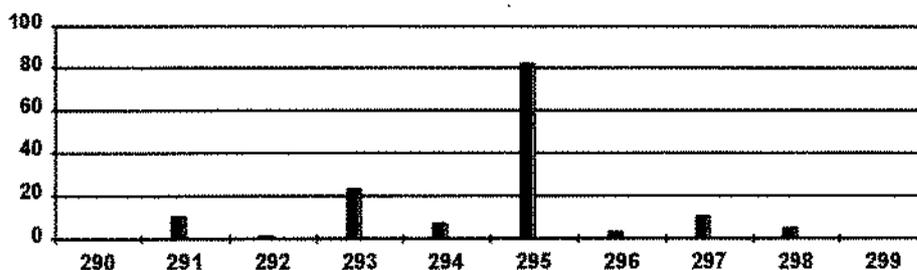


Gráfico 2

3.1.9. Distribuição dos pacientes delirantes e não delirantes, por diagnósticos específicos e seus percentuais. São Paulo, 1977 - 1987.

Tabela 8

CID-9	Dig	n	%	
291.	0	05	03,42	
	3	02	05,48	
	5	01	00,68	
	9	01	00,68	
292.	1	01	00,68	
293.	0	11	07,53	
	1	13	08,93	
	8	02	01,37	
294.	8	05	03,42	
	9	02	01,37	
S.T.:		43	29,45	
295.	1	05	03,42	
	2	08	05,48	
	3	48	32,87	
	4	06	04,14	
	6	12	08,22	
	7	02	01,37	
	8	01	00,68	
	9	01	00,68	
	296.	0	02	01,37
		1	01	00,68
S.T.:		86	58,91	
297.	0	03	02,05	
	1	05	03,42	
	2	02	01,37	
	9	01	00,68	
298.	1	01	00,68	
	3	01	00,68	
	9	04	02,76	
S.T.:		17	11,64	
Total:		146	100,0	

Dig = dígito

**3.1.10. Distribuição dos pacientes da amostra, segundo as perturbações psicopatológicas avaliadas, em números absolutos e percentuais. Total n = 146. S.Paulo, 1977-1987.**

**Tabela 9**

<b>Perturbações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Conceitos	20	13,70
Juízos	141	96,57
Raciocínios	109	74,65
Intuição	105	71,91
AMDP-Consciência	43	29,45
AMDP-Orientação	44	30,14
AMDP-Memória	28	19,18
AMDP-Forma pens.	100	68,49
AMDP-Delírio	141	96,57
AMDP-Percepção	73	50,00
AMDP-Eu	11	07,53
AMDP-Afetividade	126	86,30
AMDP-Impulsos	52	35,62
AMDP-Negativismo	68	46,57

3.1.11. Análise das perturbações psicopatológicas mais significativas para os objetivos do estudo, tomadas sempre duas a duas. S.Paulo, 1977-1987.

**Tabela 10**

(em percentuais)

n = 20 (em conceitos)

	Conceitos	Juízos
n	20	141
%	100 *	14,18

	Conceitos	Raciocínio
n	19	109
%	95	17,43

	Conceitos	Intuição
n	12	105
%	60	11,43

n = 141 ( em juízos)

	Juízos	Raciocínio
n	104	109
%	73,76	95,41

	Juízos	Intuição		Juízos	AMDDPA (Afeto)
n	105	105	n	124	126
%	74,47	100 *	%	87,94	98,41
	Raciocínio	Intuição		Intuição	AMDDPA (Afeto)
n	76	105	n	97	126
%	69,72	72,38	%	92,38	76,98

\* relação absoluta

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

## **3.2. RESULTADOS QUALITATIVOS:**

### **3.2.1. Observações clínicas da amostra geral**

**3.2.1.1.** "A.M.S. - Ju., Reg. 097.089 - Paciente com 47 anos de idade, informando que aos 35 anos, aproximadamente, enquanto trabalhava em fábrica de produtos alimentícios (Cia. Brasileira de Alimentos, em S. Roque, S.P.), começou a sentir muitas coisas 'diferentes' em sua vida, que pessoas amigas não gostavam mais dele ou tratavam-no friamente; sentia algo, no ambiente da fábrica, de ameaçador e terrível. Até que resolveu fazer uma 'promessa' para que este mal-estar parasse. Esta promessa consistia em vir da fábrica de S.Roque até São Paulo de bicicleta (mais ou menos 80 kms.). Durante o trajeto, foi preso pela polícia e encaminhado ao hospital psiquiátrico. Compareceu à entrevista com sapatos diferentes em cada um dos pés, tênis branco no pé direito e botina no esquerdo. Trazia na mão um pedaço de carne, que dizia ter 'guardado' do almoço. Ao sentar-se, começou a chorar de maneira descontrolada, afirmando: "Fui maltratado, preso e roubado". Continua: "Vi e falei com Bom Jesus de Pirapora e Ele me disse: "Não durma, João, você será feliz". Mostra-se inconformado com o que lhe vem acontecendo, pois se considera vítima de injustiças e perseguições. Muita gente quer fazer-lhe mal. Pergunta ao médico: "Por que doutor?" "O que foi que eu fiz para me tratarem desse modo?"

**3.2.1.2.** "Y.Y.K. - Ju., 114.543 - Paciente do sexo masculino, com 31 anos de idade, emigrante coreano. Veio para o Brasil há mais ou menos 11 anos, juntamente com outras famílias de coreanos. Fala regularmente o português, embora com sotaque. Veio para São Paulo trabalhar no comércio; foi balconista e vendedor de cereais. Na Coréia, até os 20 anos, trabalhava como granjeiro, criando galinha e vendendo ovos.

Há aproximadamente três anos, começou a sentir dores de cabeça intensas, acompanhadas de vômitos e grande irritabilidade. Não conseguia ficar próximo de outras pessoas, trabalhar, sair de casa e, mesmo entre os familiares, mostrava-se agressivo. Segundo informações da mãe, o paciente era muito sensível e desconfiado. Achava que algo de ruim estava acontecendo, pedia por vezes ajuda da mãe e dos parentes para descobrir o que se passava. Certa vez, ao sair do trabalho, teve um 'ataque de nervos' numa das ruas de São Paulo. Tornou-se agressivo, gritando na rua que o estavam perseguindo, que queriam

matá-lo e prejudicá-lo financeiramente. Atribuía toda a culpa aos patricios coreanos, aos quais chamava de gananciosos. Em alguns momentos da entrevista com o médico, disse que antes desconfiava e que agora tinha certeza de que os seus parentes o queriam roubar. Durante o período da internação, por vezes se desorientava, afirmava não saber onde se encontrava e nem quem era. Ouvia pessoas o chamarem em coreano. Apresentou dois 'desmaios' durante a sua permanência no Hospital".

**3.2.1.3.** "D.F.O. - Ju., Reg. 114.484 - Paciente do sexo masculino com 40 anos de idade, trabalhador rural. Era plantador de bananas na região de Santos, S.P.. Foi criado pelos padres de um colégio localizado nas proximidades das terras onde vivia. Residia no campo, juntamente com um irmão, há aproximadamente um ano e meio, esclarecendo que trabalhava muito na colheita e vivia sobrecarregado de atividades. Tinha grande expectativa, então, quanto ao que iria ganhar com o trabalho, sentia que algo de ruim ou ameaçador estava prestes a acontecer, não sabendo informar do que se tratava; apenas sentia. Quando subitamente teve uma intuição de que o seu padrinho tinha lhe deixado uma herança de "100 milhões de cruzeiros" (na época), tratou de procurar informações a respeito, porém, antes mesmo, teve um 'aviso' que um seu conhecido, de nome José da Mata, havia recebido a tal herança em seu lugar. Sentiu-se profundamente revoltado, porque, além de tudo, o culpado o encaminhou, através da policia, para este hospital. Admite ter ficado violento e planejando 'pegar' o José da Mata, pois se julga pleno de razões. Relata ao médico que muitas outras coisas ruins têm se passado com a sua pessoa, entre elas a tentativa de envenená-lo aqui no hospital. Disse o seguinte: "Colocaram veneno na minha comida, por isso estou seco assim, doutor. Até me quebraram um braço". Continua "Se o senhor quiser saber mais coisas a respeito do meu caso, pergunte ao Governador".

**3.2.1.4.** "M.G.L. - Ju. Reg. 82.946 - Paciente do sexo masculino, com 52 anos de idade, trabalhador rural, procedente do Manicômio Judiciário do Estado. Informou ao médico que se encontra no hospital "por acidente". Há pouco mais de 20 anos, esclareceu, foi para a cidade de Presidente Prudente trabalhar como servente de pedreiro e logo depois passou a operar com máquina de beneficiar algodão. Neste período, teve um acidente numa das máquinas, com fratura exposta e muitas lesões no braço esquerdo, quase o perdendo. Apresenta extensa cicatriz no antebraço esquerdo, na região anterior. Por esta época, além

do problema físico, sentiu-se muito mal "espiritualmente". Achava que alguma coisa poderia acontecer-lhe. Tudo o incomodava, passou a observar mais atentamente as pessoas, inclusive os familiares e a própria esposa, para saber o que estava acontecendo. Ficou tão desconfiado que um dos seus irmãos resolveu levá-lo para tratamento psiquiátrico. Não conseguia saber do que se tratava. Durante a sua permanência no hospital, teve a convicção absoluta do que se passava. "Sua mulher o traía". Depois de aproximadamente um mês de internação, retornou para casa e constatou que a esposa estava grávida. Não teve dúvidas, assassinou-a com vários tiros, logo após o nascimento da criança. Foi preso, enviado para o Manicômio Judiciário onde permaneceu pelo período de 10 anos. Afirma que o fato o deixou 'revoltado'. Quando argüido sobre a possibilidade de ser ele mesmo o pai da criança, respondeu: "Eu andei com minha esposa, mas sentia que ela não era só minha". Numa das entrevistas perguntou ao médico: "O senhor não acha que eu tinha mesmo que fazer isto?".

**3.2.1.5.** "C.S. - Ju., 21.237. Paciente do sexo feminino, com 31 anos de idade, solteira, foi trazida ao hospital pela mãe, que esclareceu que ela vinha apresentando-se muito irritada e agressiva.

Começou a ficar assim há mais ou menos um ano. No início, apenas se isolava das pessoas, não queria muita conversa nem mesmo com os familiares. A genitora refere ter-lhe perguntado várias vezes sobre o que estava acontecendo. Sempre respondia não saber, apenas dizendo: "Sinto algo estranho, não sei do que se trata". Certa vez, encontrando-se à janela olhando para a rua, bem em frente de sua casa, estacionou um caminhão de entrega de leite (leiteiro). Saiu aos gritos pela casa a dentro, dizendo: "Eles querem me matar, eles querem me matar". A mãe e outras pessoas da família tentaram acalmá-la e perguntaram o que havia acontecido. Depois de algum tempo, mais tranqüila, afirmou ter convicção agora de uma coisa: "Vai sair um homem debaixo do caminhão de leite para me matar, agora eu tenho certeza". A partir de então, não mais conseguia dormir, mantinha-se tensa, irritada, não gostava mais de nada ou, mesmo, de ninguém. Com o passar dos dias, a sua situação foi piorando cada vez mais, apesar de ter sido medicada no hospital. Costumava ficar apavorada ao ouvir o ruído dos motores de caminhões. Evitava falar sobre o assunto, pois se sentia mal (sic). Chegou a afirmar que, no começo, não sabia o que se passava. Somente a partir da presença do caminhão de leite, teve certeza do que estava acontecendo. Permanecia isolada

na clínica e o exame psicopatológico constatou, depois de algum tempo de internação, algumas para-respostas e mesmo alucinações visuais".

### **3.2.2. Observações clínicas para estudo transcultural (Casos examinados em Lisboa):**

**3.2.2.1.** "M.D.P., do sexo feminino, de cor branca, de estatura mediana, de profissão doméstica, natural da Guarda, residente nesta Capital (Lisboa).

A paciente compareceu ao Serviço acompanhada pelo esposo, em virtude de se encontrar muito 'nervosa' e 'tensa'. Há vários dias não consegue dormir, pois se encontra muito preocupada com o que lhe vem acontecendo. Fala de maneira extremamente rápida, numa verdadeira torrente de palavras, cujo sentido, na maioria das vezes, não é acessível ao examinador. A entrevista transcorre com certa dificuldade em virtude da sua linguagem incoercível, sendo, algumas vezes, necessário interrompê-la. Refere que há algum tempo se encontra em estado de 'graça', pois, por várias vezes, tem recebido a visita da Nossa Senhora de Fátima. Esta lhe aparece em pessoa, transmite-lhe ordens e, quando não pode comparecer em pessoa, envia-lhe mensagens. Diz que há alguns meses teve o pressentimento de que algo anormal iria acontecer e, desde então, começou a perceber fatos estranhos, como ruídos e odores esquisitos dentro de sua própria casa. Admitia, por intuição, que algumas coisas boas e diferentes estavam para acontecer. Até então, levava uma vida muito difícil e com vários problemas conjugais. Não se entende bem com o marido, considera-o autoritário e, este a todo instante, procura tratá-la com desprezo, achando-a incapaz e preguiçosa. O fato de ser de origem humilde deixou marcas profundas em sua pessoa. Os seus pais eram ciganos e vagavam por grande parte da península ibérica. Não frequentou uma escola fixa, mas conseguiu ser alfabetizada. As suas crenças religiosas sempre foram inconsistentes, embora tenha sido educada pelos princípios do catolicismo. Desde criança manteve uma profunda admiração por Nossa Senhora de Fátima, especialmente no que diz respeito à maneira pela qual se manifestou perante os três pastores na Cova da Iria.

Contraiu matrimônio aos 23 anos de idade, quando os seus pais já haviam falecido. Na época, tinha abandonado a vida nômade de cigana e trabalhava como empregada doméstica em casa de família de posses. Conheceu o seu atual marido, que era

empregado de uma casa comercial, numa das vezes em que fora fazer compras no estabelecimento onde ele trabalhava. Tem duas filhas, que se encontram na fase da adolescência. Faz referências um tanto depreciativas ao esposo, admitindo que os seus problemas são também devidos ao mau relacionamento entre ambos, cujos desentendimentos surgiram logo após o casamento. Considera-o um homem teimoso, que procura sempre impor a sua vontade e não perde oportunidade para fazer restrições a qualquer iniciativa que ela possa tomar por deliberação própria. A partir de certa época, começou a se rebelar contra as imposições do esposo. Pouco antes de ter começado a intuir coisas, a sua vida era "um verdadeiro inferno". No que se refere à vida conjugal, ele a procura de maneira insistente para o relacionamento sexual, porém ela recusa. Ele costumava se intrometer nas mais simples atividades domésticas. A partir do momento em que tiveram início as suas intuições e ela passou a ver e sentir a presença de Nossa Senhora de Fátima, começou a experimentar um grande bem-estar e percebia que o seu corpo se transformava. Sentia-se leve, as palavras fluíam espontaneamente e conseguia falar em vários idiomas, sem nunca ter aprendido outra língua além do português. Durante o tempo em que foi atendida pelos médicos no Hospital de Santa Maria, exprimia-se sempre em português, mas, quando se tornava logorreica costumava empregar uma pronúncia castelhana. Provavelmente, aprendeu um pouco de castelhano em suas andanças na companhia dos pais pela Espanha".

#### Comentários:

Nesta observação, é possível identificar o momento exato em que a paciente começa a pré-sentir algo de novo em sua vida, admitindo que se encontrava em 'estado de graça', isto é, tinha adquirido um dom especial, ou uma virtude sobrenatural que lhe fora concedida pela divindade como meio de salvação ou de santificação. A partir de então, começa a sentir a presença de Nossa Senhora de Fátima que, na maioria das vezes, não se manifestava em pessoa, mas ela 'pré-sentia' a sua presença. Teve, por meio de intuição especial, o pressentimento íntimo de receber mensagens da Santa. Ninguém lhe disse nada, porém ela intuía que algo de anormal iria acontecer. Passa, então, a perceber acontecimentos estranhos, como ruídos e odores esquisitos que invadiam a sua casa. Tudo isso lhe causava bem estar e percebeu que haviam ocorrido grandes transformações em seu próprio corpo.

A partir de sua atividade delirante, ironicamente, o esposo se tornou compreensivo, tolerante e carinhoso com ela.

O presente caso clínico foi levado para discussão em uma das reuniões clínicas do Serviço de Psiquiatria. Alguns dias antes da reunião, em entrevista com o marido, o mesmo declarou que vinha acompanhando, com vivo interesse, os fenômenos que ocorriam com sua esposa, atestando a veracidade das intuições, visões e demais sensações percebidas por ela.

**3.2.2.2.** "J.M.S., do sexo masculino, de cor branca, solteiro, com 26 anos de idade, natural de Tomar e residente em Lisboa há, pelo menos, seis anos. O paciente é um homem de porte atlético, usa barba crescida e bem tratada, os cabelos partidos ao meio e excessivamente bem cuidados. Nota-se que dedica uma atenção especial ao seu aspecto físico, pois mantém as vestes limpas, bem cuidadas e impecavelmente bem passadas. Procurou a Clínica Psiquiátrica do Hospital Santa Maria em virtude de se encontrar preocupado com alguns problemas que lhe surgiram há pouco tempo e terminou ficando internado. Revela-se muito preocupado e diz que já lhe passaram pela cabeça idéias de suicídio. Segundo as suas informações, preferia acabar com "tudo" de uma vez a permanecer vivendo nesta "agonia" lenta.

Informou ao médico que há alguns meses vem percebendo que algo de anormal está acontecendo com a sua pessoa, porém não sabe informar de modo claro do que se trata; tem a intuição de que algo de extraordinário está para acontecer consigo próprio. De maneira insistente, tem procurado verificar o que ocorre, porém inutilmente. Não tem encontrado nada. Permanece durante muito tempo diante dos espelhos observando o seu próprio rosto a fim de encontrar algum sinal que sirva de pista para o esclarecimento. Recentemente, durante uma manhã, após ter passado a noite quase sem poder dormir, ao lavar o rosto na pia, notou, através do espelho, que a sua fisionomia estava se transformando, os olhos se afastavam de maneira estranha, desfigurando o seu rosto humano e adquirindo o aspecto de um animal. No mesmo instante observou que a sua testa se tornava fugidia e os seus dentes caninos se mostravam mais proeminentes do que o habitual. A parte do rosto que ainda não se havia modificado eram o nariz e os lábios. Em seguida, teve a convicção de que o seu corpo experimentava uma estranha modificação e agora adquiriu a certeza de que se havia

transformado em um lobo. Por mais que as pessoas lhe digam que não houve nenhuma modificação em seu corpo nem em seu rosto, ele não se conforma nem aceita as argumentações dos amigos e dos familiares. Algumas vezes chega a notar que estas mudanças não são tão radicais. No entanto, o seu medo e a sua intuição lhe fazem pensar no contrário e sabe que algo de horrível vai lhe acontecer. Apenas aceita, temporariamente, os argumentos dos médicos, contudo tem a certeza de que este processo de transformação vai continuar. Sentiu-se forçado a abandonar o trabalho, porque não se sentia com coragem para se deparar com os fregueses do estabelecimento comercial onde trabalhava, já que tinha a convicção de que os outros percebiam as transformações que se haviam operado em sua fisionomia e em seu próprio corpo. Depois disso, não mais foi procurar a namorada e se afastou, até mesmo, de seus familiares.

Diante de médico, o examinado não consegue dar qualquer tipo de explicação coerente para o fenômeno. Considera que tudo isso não tem explicação. Em determinados momentos, sente-se revoltado por não se considerar merecedor de "tamanho castigo". Ao ser-lhe explicado que tudo isso se trata de uma doença, ele reluta em aceitar os esclarecimentos do médico, pois não admite que se trata de algo mental, considerando que seja algo físico, ou mesmo espiritual, ou demoníaco o que tem ocorrido com a sua pessoa. Reconhece que se afastou de Deus e tem pensado em "coisas" pecaminosas. Entre tais coisas já pensou na possibilidade de sentir desejos homossexuais, o que lhe causa enorme desprazer e mesmo ansiedade.

Durante o período em que tive oportunidade de prestar assistência profissional ao paciente, o mesmo piorava de maneira progressiva, manifestando o receio de atentar contra a própria vida.

Ao ter de voltar para o Brasil, perdi todo o contato com o enfermo e não tive mais nenhuma informação sobre o seu destino".

Comentários:

O paciente desta observação apresenta um delírio bem configurado de transformação corporal. O primeiro registro deste tipo de delírio, já citado neste trabalho,

encontra-se na Bíblia. No terceiro reinado de Nabucodonosor, o rei vinha apresentando visões e, em certa noite, teve um sonho que o deixou extremamente intranquilo. Por isso, convocou os mágicos e feiticeiros de sua época para interpretá-lo. Entre esses se encontrava o jovem profeta Daniel, que esclareceu ao rei o significado de suas visões e de seu sonho: que ele seria expulso dentre os homens e passaria a viver entre os animais do campo, pastando ervas com os bois e molhado pelo orvalho do céu. A profecia de Daniel se cumpriu. Doze meses mais tarde, o rei começou a ouvir vozes: diziam que seu reino havia sido arrebatado, que ele seria expulso da companhia dos homens e iria viver entre os animais do campo. Tudo aconteceu. O rei foi declarado louco, e, expulso da comunhão dos homens, pastou capim como os bois, e o seu corpo, molhado pelo orvalho do céu. Ele próprio dizia que os pêlos do seu corpo haviam crescido como as penas da águia e suas unhas se transformado em unhas de pássaros e apresentou delírio transitivista, acreditando que se transformara em um boi.

O nosso paciente percebeu que se havia transformado em um lobo, o que se denomina, em linguagem psicopatológica, delírio de transformação corporal ou *licantropia*.

**3.2.2.3.** "I.M.D., do sexo feminino, com 22 anos de idade, estudante, natural de Leiria e residente em Lisboa.

A paciente foi internada no dia anterior na Clínica Psiquiátrica do Hospital Santa Maria. Ao ser trazida à presença do médico, mostrava-se extremamente ansiosa e inquieta. Revelava desconfiança de todos, muito irritada, recusava os alimentos que lhe eram oferecidos na Clínica e depois de muita insistência para que se alimentasse, afirma que querem matá-la e mesmo envenená-la através dos alimentos.

Informou que há aproximadamente três meses vem percebendo algo estranho no ambiente e desconfiando das pessoas que a cercavam. No início tinha uma espécie de intuição de que alguma coisa não andava bem com a parede do quarto onde dormia, notava que havia uma espécie de "energia" que se desprendia da mesma. Com o tempo veio a descobrir que no quarto contíguo ao seu (reside em apartamento), morava um rapaz, que durante a noite procurava molestá-la, fazendo proposta de caráter sexual. Apesar da mesma recusar as suas propostas, ele continuava insistindo, a ponto de não deixá-la conciliar o sono.

Começou a sentir-se estuprada e isto lhe causava grande revolta. No início pensava que se tratava de algo passageiro e sem maior significação, mas as coisas continuaram e isto contribuiu para que se torne aborrecida e mesmo injustiçada. Como se estas violações não bastassem, ela começou a perceber que os seus alimentos tinham um gosto diferente, especialmente amargo, o que foi deduzido, por ela, que a estavam envenenando através dos alimentos. De algum tempo para cá, começou a recusar os alimentos quando os mesmos eram preparados por certas pessoas. Ela mesma vai para a cozinha e prepara a sua refeição. Não sabe os motivos pelos quais querem matá-la. Apenas tem a intuição de que é o próprio rapaz que mora ao seu lado, que está promovendo esta perseguição. Como sabe que ela não gosta de ter relações sexuais, tenta estuprá-la de qualquer maneira. Desse modo, não vê outra alternativa senão se livrar da morte. Sente-se ansiosa, com medo e pede ajuda aos médicos. Mesmo assim é difícil convencê-la a tomar a medicação, pois não se considera doente e chega a admitir que o próprio remédio possa estar envenenado".

#### Comentários:

A enferma, desta observação, apresenta um tipo de delírio de influência, já que começou a perceber radiações através de uma das paredes do seu quarto. Desta parede se desprendia uma espécie de "energia" que exerce influência sobre a sua pessoa, e é através desta parede magnetizada que o vizinho do lado a estupra durante a noite. Esse delírio de influência está mesclado de idéias delirantes de perseguição; embora não possa encontrar uma explicação razoável, percebe que tentam envenená-la através dos alimentos e recusa o medicamento da Clínica com receio de que contenha substâncias venenosas que poderiam matá-la.

Através do conteúdo de delírio, a paciente vai elaborando a sua vida de acordo com o mundo interno alterado que, fundamentalmente, determina o transtorno da capacidade de intuição. Tudo é apreendido intuitivamente e chega a dar corpo e forma ao delírio de influência que a mesma apresenta. Diz POROT (1965) que é através da intuição que se instala a desordem inicial de onde procede a trama delirante.

**3.2.2.4.** "A.M.S., do sexo masculino, de cor branca, com 56 anos de idade, casado, natural de Beja, residente em Lisboa há muitos anos.

O examinado é calceteiro de profissão, porém não trabalha há alguns anos em virtude dos problemas 'psicológicos' que apresenta. Não se considera doente; admite apenas que suas idéias e sua origem nobre o atrapalhavam bastante, por isto prefere ficar afastado das atividades profissionais e dos companheiros de profissão, que se referem a ele de maneira brincalhona e depreciativa. Esclareceu que, há alguns anos, durante o período de trabalho, começou a 'perceber' algumas coisas que o intrigavam. Uma delas era a grande 'diferença' existente entre ele e seus colegas de trabalho. Ele era loiro, de olhos claros, enquanto os outros eram todos morenos, de olhos castanhos ou pretos. Notou, também, o seu porte altivo, desembaraçado e a facilidade como se expressa ao comunicar-se com as demais pessoas. Em determinado momento, teve a intuição clara de sua origem 'real', 'nobre'. Soube que era descendente de D. Pedro IV, Rei de Portugal e que se tornaria mais tarde Rei do Brasil (D. Pedro I). Não consegue explicar a maneira como chegou a tomar conhecimento de que possuía 'sangue' real, apenas afirma que tem absoluta certeza deste fato e que seria um dos descendentes da coroa portuguesa. Considera que a República é uma verdadeira usurpação e que não deverá durar muito tempo. Tem acompanhado com interesse alguns acontecimentos relacionados com a "Revolução dos Cravos" (25 de abril de 1974), não sabe claramente o que aconteceu, porém tem como certo, que chegou a sua "hora" de assumir o poder juntamente com a sua família.

Quando tive oportunidade de acompanhar o seu caso, na Clínica Psiquiátrica do Hospital Santa Maria, mostrou-se muito satisfeito pela atenção que lhe era dispensada por um médico brasileiro, percebendo nisso um elo muito importante que o ligava aos seus antepassados - D. Pedro I/IV - pois seria a oportunidade de, por meu intermédio, divulgar os seus 'poderes reais' no Brasil.

No início do seu tratamento, mostrava-se bastante desconfiado e reticente, mas, com o passar dos dias, tornou-se mais descontraído e discutia com naturalidade sobre o seu delírio e como tiveram início as suas intuições delirantes. Referia-se a sofrimento pelo fato de não ser compreendido e, em algumas ocasiões, pediu ao médico que o ajudasse a superar este momento. Anos mais tarde, após ter regressado ao Brasil, soube através do Dr. Carlos ROLDÃO VIEIRA (1975-1995), então seu psiquiatra assistente, que o paciente A. M. S. pedira a ele para me comunicar que eu estava correndo sérios riscos, uma vez que se

tramava um complô contra a minha pessoa no Brasil e que tomasse os maiores cuidados. Tivera conhecimento desse fato através de seus 'informantes' e de suas próprias intuições".

#### Comentários:

O paciente desta observação recebeu, na época, o diagnóstico de "Esquizofrenia Paranóide", caracterizado o quadro clínico predominantemente pelo delírio de grandeza. Nestes casos, em que um homem humilde, de um momento para outro se considera como de origem nobre e capacitado para exercer o poder de um soberano, é possível que, em determinados momentos, chegue a perceber a flagrante contradição interna, porém não será empregada para desvanecer as suas concepções delirantes. Ao contrário, mostrar-se-á cada vez mais aferrado a elas, interpretando tais contradições como manobras de seus inimigos que procuram desorientá-lo, tanto a ele como as demais pessoas. Tais contradições se revelam ao observador como uma irrealidade flagrante e uma impossibilidade absoluta, isto é, apresentam-se como carentes da mínima base na realidade, mesmo quando se trata de um delírio sistematizado, como é o caso do nosso paciente.

3.2.2.5. "J.T., do sexo masculino, de cor branca, com 45 anos de idade, casado, natural de Lisboa, onde reside.

O paciente exerce a profissão de alfaiate, mas, em face dos problemas psíquicos que apresenta, está afastado de sua profissão já há algum tempo. Informou ao médico que há alguns meses vinha notando que seus clientes o olhavam de maneira estranha, talvez querendo sugerir algo. Não sabia ao certo do que se tratava, mas tinha a certeza de que a mensagem viria a qualquer momento. Dois meses atrás, tornou-se agressivo e quase matou um vizinho, seu antigo cliente, ao saber, de maneira concreta, que este vizinho o considerava 'homossexual'. Em princípio, teve a intuição do fato e, posteriormente, adquiriu plena certeza. Não que este lhe tivesse falado qualquer coisa neste sentido, mas a forma como agia, passando várias vezes por dia diante do seu local de trabalho e sempre dirigindo o olhar para dentro do estabelecimento, sugeriam a sua convicção. Numa das vezes em que o vizinho passou diante da loja e cumprimentou-o, não teve mais dúvidas; era isto que ele queria dizer. Imediatamente partiu para cima dele e, munido de um 'ferro' de puxar a porta da loja, desferiu-lhe vários golpes, antes que outras pessoas tivessem tempo de interceder e

afastar o agressor. Tomado pela surpresa, o agredido foi encaminhado a um Hospital para tratamento dos ferimentos recebidos. Enquanto isso, o pessoal da alfaiataria interferiu no sentido de afastar o paciente que se mostrava furioso e gritava para que o soltassem, visto que não poderia mais ser 'humilhado' daquela forma pelo vizinho, querendo continuar a sua desforra. Explicados os fatos, o paciente foi levado à Esquadra de Polícia, que sugeriu, que, além da permanência como prisioneiro, fosse encaminhado pela família à consulta com um psiquiatra. Levado ao Hospital Santa Maria, ficou internado por vários dias. Examinado pelos médicos, mostrou-se brincalhão e alegre, contava sobre a agressão como 'vantagem', mostrando-se, outras vezes, irritado quando se lembrava do fato. Dizia ter a intenção de fazê-lo de novo, caso as 'insinuações' se repetissem, pois não era 'paneleiro' nem os tolerava. Inquirido sobre a sua vida pregressa, informou não ter tido filhos, atualmente não mais se relacionava sexualmente com a esposa, que, por duas vezes, o abandonara. Retornava depois de algum tempo em função de dificuldades financeiras e familiares. O paciente aceitava-a, pois ela, apesar de ser uma má companheira sexual, era excelente dona de casa e tratava-o bem, de maneira cordial.

O paciente referiu ter muitos amigos, bebia de maneira regular e moderada às refeições. Gostava muito de ficar nos bares conversando e convivendo com estes amigos. Quando jovem, afirma, gostava muito de brincar no carnaval e 'vestir-se' de mulher. Achava isto muito interessante.

Durante a sua internação na Clínica Psiquiátrica, foi acompanhado, durante alguns meses, e o seu caso foi motivo de estudos particularizados, além de ser levado para discussão em uma das Reuniões Clínicas. O delírio de perseguição era perfeitamente sistematizado. A dinâmica delirante muito intensa, porém, conduzia-se de maneira adequada e falava de maneira bastante coerente, menos quando se fazia referência à questão de sua sexualidade. Mantinha a personalidade bem conservada. Durante o período de tratamento, não houve nem remissão, nem diminuição e nem transformação da sistemática delirante".

Comentários:

O delírio esquizofrênico paranóide caracteriza-se, essencialmente, pelo fato de surgir em resultado de uma intuição súbita, que conduz o enfermo a adquirir uma convicção delirante irremovível. Esta característica genética é um traço característico do processo esquizofrênico, representando a peça fundamental sobre a qual se constitui a sistemática delirante. Em torno da intuição primordial, o enfermo vai concatenando uma série de fatos externos que são interpretados de maneira delirante e no sentido da auto-referência. O caso do enfermo precedente é ilustrativo de nossa afirmação, pois é a partir da intuição primitiva que o paciente vai, aos poucos, construindo o seu delírio, que adquiriu conotações homossexuais. O delírio deste enfermo corresponde, em sua gênese, a uma intuição em estado puro, a intuição em seu sentido estrito.

### **3.2.3. Observações clínicas para estudo transcultural (Casos examinados em São Paulo):**

**3.2.3.1.** "E. J. S. - Paciente viúva, do sexo feminino, professora aposentada, atualmente com 68 anos de idade, estatura mediana, olhos e cabelos castanho-claros, este último ondulado e com vários fios brancos. Pele branca, com rugas acentuadas, principalmente no rosto e no dorso das mãos. Pálida e emagrecida. Tem três filhas, duas mais velhas, casadas e com certa estabilidade social e uma terceira, caçula, também em curso superior, com trabalho estável e noiva, próxima do casamento. Esta filha mais nova é muito apegada à mãe. Ainda mora com ela, ambas residem em uma casa espaçosa, com vários dormitórios e com espaço suficiente para várias pessoas. Reside ainda na casa a mãe da paciente, com quase 90 anos de idade e apresentando alguns problemas de comportamento. Segundo relato da filha, E. J. S. há vários dias não se alimenta com nada sólido. Apenas toma leite puro e água, algumas vezes aceita chá com pouco açúcar. Em duas semanas, a paciente, que já era magra, perdeu aproximadamente nove quilos. Veio trazida pela filha e, ao se defrontar com o médico, hesitou em entrar sozinha no consultório. Após muita insistência da filha, cedeu, aparentando contrariedade. Durante vários minutos não respondeu a nenhuma das perguntas que lhe foram dirigidas. Com grande esforço, referiu apenas seu nome e idade aproximada. Admitiu a perda do marido há algum tempo, através de monossílabos tipo: 'sim', 'não', 'é isto'.

Segundo a filha mais nova, que a acompanha, já há alguns meses a mãe começou a ficar diferente, o que coincidiu com a reforma que estavam fazendo na casa. A partir de determinada época, começou a inspecionar todos os cantos da casa e a guardar objetos inúteis, tipo panos velhos de limpeza, sapatos e tênis sujos de barro, velas e chaves velhas, além de outras coisas. Informa, ainda, que esta reforma coincidiu com a época em que sua avó teria de ser internada por problemas mentais, bem como com a compra de um apartamento por ela, já pensando no próximo casamento. Descreve sua mãe como pessoa sensível, muito esforçada, que sempre trabalhou como professora, mesmo depois de casada. Os afazeres domésticos eram feitos por sua avó, de temperamento autoritário. Ambas com hábitos religiosos moderados, porém, juntamente com outros membros da família, acreditavam, convictos, nas teorias e práticas espíritas. O pai apenas as ouvia, mas não emitia opinião a respeito de religião.

Durante a consulta, houve recomendação para que fosse tentada alimentação oral sólida, bem como receitado medicamento anti-depressivo. Em menos de 24 horas, a paciente serrilhava os dentes, não abria mais a boca e nem mesmo água aceitava. Imediatamente foi levada a uma Clínica Psiquiátrica e, após exames clínicos e hidratação, foi iniciada a convulsoterapia. Após a primeira aplicação, aceitou o lanche e, depois da terceira, permitiu a visita dos parentes, além de relatar em detalhes ao médico o seu problema. Confidenciou que, durante a reforma da casa, notou que um dos pedreiros permaneceu por muito tempo colocando azulejos sob a pia da cozinha, no local onde costumava colocar a lixeira. A partir daí, pressentiu que se tratava de um "macumbeiro" que estava procurando fazer um trabalho (feitiço) contra ela e a filha mais nova. Admitiu, intuitivamente, que a empregada de confiança também estava envolvida na feitiçaria. Percebeu tudo através de indícios, de meias palavras e dos 'cochichos' entre eles. Quaisquer tipos de objetos usados, ou que tenham pertencido à filha, poderiam ser usados contra ela, para futuros 'trabalhos' e, mesmo, para matá-la. Em determinado momento, pressentiu que a alimentação que lhe estavam dando era "maléfica" e estava certa de que, se continuasse a ingerir aqueles alimentos, a filha morreria. Assim justifica a recusa da alimentação. Ainda mais: após a reforma, encontrou, pelos cantos da casa, velas e vários objetos 'deixados lá' de propósito pelo pedreiro e pela empregada com o objetivo de avisá-las do 'perigo que corriam' e, inclusive, ameaçá-las. Qualquer coisa que falasse às pessoas, principalmente estranhas, seria usada contra sua filha.

Mesmo em relação ao médico, que não a conhecia, não poderia falar. Em virtude de sua extrema inquietação e ansiedade, foi necessário despedir a empregada".

**3.2.3.2.** "G. P. S. - Paciente do sexo masculino, com 20 anos de idade, cabelos loiros e crespos, de cor branca, olhos castanho-claros, de estatura alta e tipo físico atlético. Os pais estão separados desde quando tinha 14 anos. Foi criado pela mãe, com a qual mantém grande vínculo. Fez o curso ginásial completo e não quis ingressar na universidade. Atualmente ajuda, a sua família na administração de um hotel.

Veio ao médico após grande insistência de sua mãe. Não se considera doente nem com problemas. No entanto, faz referência ao uso de drogas. Informou que já fumou maconha e que, desde os 16 anos, toma chá de cogumelos. Cheira lança- perfume e, até bem pouco tempo, usava como inalante alguns tipos de desodorizantes pessoais (por exemplo: moderato). Depois de alguma insistência do médico, admitiu que algumas coisas estranhas se passam com ele, entre as quais relata: "Meu corpo tem cheiro de intestinos e as pessoas a minha volta sentem isso. Por isso me encaram de forma estranha". Esclareceu que esta percepção do odor de fezes do seu corpo começou há, aproximadamente, dois anos. Fez uma descrição completa da forma de preparar o chá de cogumelos e diz que é muito simples: tem início com a escolha da planta, ou seja, somente pode ser do tipo que nasce em madeiras velhas e tem a forma de orelha; daí o nome 'orelha de pau'. Coloca-se em vasilha com pouca água, macera-se, acrescenta-se mais água, levando-se à fervura. Após cinco minutos, coa-se a infusão e, simplesmente, toma-se o que resultar daí. Em seguida ao uso do chá, sentia como se tudo à sua volta rodasse, por vezes seus membros aumentavam de tamanho, as coisas em redor adquiriam um colorido especial e ficava muito mais ativo e 'ligado' às atividades. Por vezes, sentia enjôos.

Começou a perceber o odor de intestinos que exala do seu corpo em seguida ao uso do chá de cogumelos. Afirma que algumas outras coisas fazem com que ele se sinta angustiado. Não queria falar sobre isso por ser algo muito pessoal e sem importância para outras pessoas. Entre elas está a sua grande capacidade de 'comunicação' com os outros através de pensamentos. Tem a capacidade de captar o pensamento das pessoas. Consegue, também, que as pessoas saibam dos seus pensamentos, "como agora doutor, o Sr. sabe o que eu estou pensando". Relata que no mês anterior tomou um ônibus com destino ao Rio de

Janeiro, pois recebeu chamado "telepático" do apresentador do Jornal Nacional da TV Globo. Permaneceu durante vários dias diante da emissora de TV, aguardando a saída do apresentador para saber o que queria dele e por que o chamou. Como não conseguisse o seu intento e, como um parente foi buscá-lo, resolveu retornar para o interior do Paraná, de onde tinha vindo. Considera-se prejudicado por causa desses maus odores e destas estranhas comunicações. Não acredita que o uso de drogas tenha algo a ver com isso. Supõe que tudo acontece devido a sua capacidade especial que ele atribui a uma intuição e que, a qualquer momento, um 'ser superior' pode acabar com tudo isso. Veio a São Paulo para tentar tratamento em Clínica tipo Fazenda, com trabalho agrícola, naturalista e sem medicação. Não obteve melhora. Por isso procurou o psiquiatra".

**3.2.3.3.** "A. M. P. - do sexo masculino, com 29 anos de idade, de cor branca, casado, professor de matemática e ex-diretor de colégio. Trata-se de um homem de estatura alta, de olhos castanhos e cabelos castanho-ondulados. Ao primeiro contato com o psiquiatra, relatou que seu problema se referia a uma ferida na perna e que não atinava com as razões pelas quais fora encaminhado a um especialista em doenças mentais. Com o desenrolar da entrevista clínica, referiu que vinha sentindo-se muito 'nervoso', inquieto e com um sentimento de estranheza que o atormentava. Devido ao seu estado emocional viajara, para Brasília com o objetivo de permanecer por algum tempo longe dos familiares, já que desconfiava de que tramavam algo contra a sua pessoa. Como agora tinha um médico com quem poderia conversar sobre problemas 'espirituais', resolvera relatar os fatos: informou que, há mais ou menos seis meses, no colégio onde era diretor pedagógico, começou a notar alguns fatos estranhos. Entre eles, o que mais chamou a sua atenção foi o que se relacionou a um vaso de planta (chamada samambaia de metro), que se achava colocado próximo de sua escrivaninha. Esta samambaia havia sido trazida para ali há mais de um ano, juntamente com outra, que ficava próxima à mesa de trabalho do diretor financeiro. A sua planta não se desenvolvia e mirrava cada vez mais, enquanto a do seu colega crescia, tornando-se cada vez mais viçosa e bonita. De início, tinha apenas o pressentimento de que havia algo no ar, o que o deixava bastante intranquilo. Depois, passou a ter certeza de que o queriam prejudicar, tanto no colégio como em sua vida profissional e, até mesmo, familiar. A sua desconfiança aumentou gradativamente, chegando ao ponto de ficar extremamente ansioso e com medo, sem conseguir encontrar uma explicação para o

que pressentia estar acontecendo. À medida que passavam os dias, teve, por assim dizer, a evidência, através do fato de sua samambaia não se desenvolver, ao contrário, cada vez mais definhava e as suas folhas se tornavam amareladas. Intrigado com os fatos, resolveu procurar uma cartomante de nome 'Preta Velha'. Considera esse encontro como desastroso, pois a 'Preta Velha' descreveu, em pormenores, algumas particularidades de sua vida, inclusive fez referência ao definhamento da planta e a outras coisas de caráter profissional e até sigiloso. A partir desse momento, teve a certeza absoluta. E o que era pior, achava que havia envolvimento de sua esposa e dos órgãos de informação (S.N.I. ainda existente). A 'Preta Velha' estava envolvida com seus perseguidores, por isso sabia tantas particularidades de sua vida. Informou que havia desligado várias vezes o aparelho telefônico de sua casa, pois tinha a certeza de que ele o estava controlado e com alto-falantes embutidos.

Permanecia por longos períodos por trás das cortinas da sala de visitas de sua casa, espionando a rua e controlando os carros que passavam e, por algumas vezes, reconheceu os seus detratores. Depois de uma forte discussão com o diretor financeiro do colégio, foi afastado do trabalho pelo tempo necessário e suficiente à sua recuperação".

**3.2.3.4.** "J. M. F. - Paciente com 55/60 anos presumíveis, afirma ter 51, foi internado no Hospital Psiquiátrico do Juqueri já há alguns meses, mas não sabe precisar exatamente a data de sua internação. Foi encontrado pela Polícia, após permanecer por vários dias em frente ao Aeroporto de Congonhas, em São Paulo. Ao ser questionado a respeito dos motivos pelos quais permanecia por tanto tempo naquele local, declarou estar aguardando seu filho, que seria "comandante" da Varig. Tendo em vista os seus trajés descuidados, após vários dias sem tomar banho, com aspecto de completo abandono das condições de higiene pessoal, a Polícia resolveu encaminhá-lo ao hospital psiquiátrico.

Ao ser entrevistado pelo médico, informou ser 'Major' da aeronáutica e ter participado do ataque aéreo a Berlim, no final da II grande guerra mundial. Descreveu, em detalhes, a sua participação, dizendo o tipo de avião que pilotava, os vôos rasantes realizados e bombardeios incessantes. Falou, pormenorizadamente, sobre o seu treinamento antes da guerra na Academia da Força Aérea de Pirassununga. O único e fundamental ponto que destoava da sua narrativa era a não participação do Brasil em ataques com a sua força aérea em céus da Alemanha. Houvera, sim, participação de naves e pilotos brasileiros na

invasão aliada da Itália. O paciente dizia-se perseguido, mas não conseguiu esclarecer os motivos da possível perseguição, além de não saber explicar os motivos de sua internação neste Serviço. Reconhecia o Hospital de Juqueri e achava que a sua mulher tinha a ver com a sua internação. Segundo suas próprias palavras, ela não era pessoa que deixasse passar em branco certas coisas; isto o incomodava muito, porque ela sempre demonstrara vontade de interná-lo em serviço psiquiátrico. Afirmou, ainda, ser membro, como oficial, do S N I (Serviço Nacional de Informações), o que lhe vinha causando alguns 'embaraços'. Relata que, certa vez, quando viajava de ônibus, em companhia de sua mulher, ouvira pelo rádio que o perigoso bandido Fininho II se evadira da prisão. Não teve grande dificuldade em reconhecê-lo como um dos passageiros do carro onde viajavam. Discretamente, identificou-se ao motorista como agente oficial da polícia secreta, recomendando que, tendo em vista a presença de 'perigoso marginal', entrasse na próxima cidade e fosse diretamente para a delegacia. Assim foi feito. Ao chegarem à delegacia, identificou-se verbalmente ao Delegado de plantão como agente secreto e relatou, detalhadamente, a fuga do bandido, informando, ainda, da sua presença entre os passageiros do ônibus, recomendando os maiores cuidados, pois o 'marginal' poderia tentar fugir novamente ou reagir com violência. Foram tomados os devidos cuidados e o passageiro, apontado como Fininho II, foi preso, sem manifestar a menor resistência, embora negasse veementemente ser o bandido reconhecido pelo denunciante. Foram realizadas algumas diligências, enquanto o ônibus, passageiros e o denominado 'Major Freitas', juntamente com sua mulher, aguardavam o desfecho do caso. Algumas horas depois, familiares do jovem passageiro acusado injustamente chegaram à referida cidade e Delegacia, tendo atestado sua procedência, idoneidade e profissão. Demonstrando grande indignação, o 'Major Freitas' referiu ao médico: "Pois é, doutor, no final tiraram o Fininho II da cela e me colocaram em seu lugar".

Note-se, neste caso, a extraordinária convicção com a qual são mantidas as suas idéias delirantes, tanto no que se refere ao 'Major Freitas' e o fato de suas intuições delirantes em relação ao seu filho como comandante da Varig e a respeito do marginal foragido".

**3.2.3.5. "P. K. -** Paciente com curso superior, formado em medicina há aproximadamente cinco anos. Escolheu como especialidade a cirurgia geral. Atualmente

com 32 anos. Procurou ajuda profissional de colega psiquiatra em função de 'brigas' e 'desajustes' conjugais. Segundo o relato do próprio paciente, de uns tempos para cá, em torno de três anos, sua mulher teve grande tristeza e irritabilidade após o falecimento de um irmão em consequência de acidente automobilístico. A partir de então, as coisas nunca mais voltaram ao estado normal. Ele próprio, o paciente, teve problemas de saúde, tendo sido submetido à cirurgia neurológica de descompressão da raiz de nervo da coluna cervical. Esclareceu que, já há algum tempo, vinha sentindo-se muito nervoso, irritado e tenso. Tinha a impressão de que, no ambiente, havia algo estranho, de tensão intolerável, pelo fato, sobretudo, de que ele não se sentia em condições de esclarecer o que estava acontecendo. Por essa ocasião, começaram a surgir problemas na área sexual.

O paciente fala de maneira precipitada, muitas vezes nem termina a frase iniciada. A sua capacidade de concentração está comprometida. Quando interrogado pelo psiquiatra, informou que o seu único problema está concentrado no relacionamento com a esposa que, recentemente, adquiriu doença venérea, com corrimento intenso e de odor fétido. Isto é prova cabal de que ela o trai. Afirma, ainda, que a mãe de sua mulher está mancomunada com ela, incentivando-a a traí-lo. O seu sogro também é conivente e, por vezes, acoberta as traições de sua esposa. Continua informando: recentemente, ao participar de uma cirurgia em um dos hospitais onde é plantonista, notou que a instrumentadora cirúrgica presente o observava de maneira estranha. Naquele instante, teve a súbita intuição de que isto somente poderia ser intriga de sua mulher. Tinha agora a certeza de que a instrumentadora também o considerava 'um corno'.

Em entrevista separada com a esposa, ela esclareceu que a convivência com o marido está tornando-se cada vez mais difícil. Só o tolera por saber que ele se encontra doente, por gostar dele e por causa dos três filhos menores (a mais velha tem 13 anos, é filha do primeiro matrimônio da informante). Esclareceu que, de um ano para cá, o seu marido começou a apresentar um ciúme doentio. Sente-se constrangida e receosa quando sai de carro com ele, pois passa o tempo olhando para ela, com o objetivo de surpreendê-la 'flertando' com alguém; abandona a direção do carro e a visão da rua ou da estrada por onde estejam andando. Em várias ocasiões, encontrou o esposo remexendo no lixo à procura de preservativos. E, às vezes, quando o lixo já havia sido colocado na rua, à espera do

caminhão para a coleta, sai para fazer a sua investigação sem se importar com as pessoas que possam estar observando.

Em recente entrevista com a esposa, no consultório, quando o médico e a esposa de P.K. saíam da sala de consulta, ele os chamou para observarem, através de uma janela lateral, dois homens que se encontravam na rua em frente ao Edifício. Disse: "Estão vendo, lá estão os dois capangas do amante dela, que descobri hoje quem era". Na realidade, o local onde se encontravam os dois possíveis 'capangas' é um ponto de espera de ônibus que, naquela hora, é bastante freqüentado por muitas pessoas".

**3.2.3.6. "M. I. S. -** Funcionária pública, do sexo feminino, com 43 anos de idade, solteira, de aparência frágil, cabelos e olhos pretos, pele morena e estatura baixa (tem 1,55m de altura). Há alguns anos, a paciente vive num permanente estado de intranquilidade interna, ansiosa e sobretudo com muita desconfiança, uma vez que notou que um dos principais diretores da repartição onde trabalha vem lhe causando problemas, com 'propostas e sugestões libidinosas'. Ele não se dirige diretamente à paciente, mas ela compreende, perfeitamente, através dos gestos, olhares e atitudes, que o referido diretor lhe dirige propostas de natureza sexual. A partir de suas suspeitas e interpretações, tudo adquiriu, para ela, um significado anômalo, sem motivo compreensível e, na maioria das vezes, no sentido da auto-referência. Não existe um fato evidente, compreensível do ponto de vista da razão ou dos sentimentos, mas tudo é captado por ela intuitivamente. Tudo que se relaciona com o referido diretor adquire um significado erótico. Julga-se envolvida numa verdadeira conspiração. Esclareceu ao médico que, recentemente, houve um seminário aqui em São Paulo e, na sessão de abertura, o aludido diretor 'abriu o jogo' publicamente, fazendo-lhe sugestões amorosas, o que foi percebido por todas as pessoas presentes, de acordo com as suas informações.

Veio ao psiquiatra por insistência da psicóloga com quem faz terapia, por esta ter-se referido, com freqüência, à sua tristeza e ao seu estado de ansiedade. Faz questão de repetir, várias vezes, que veio a contragosto.

Quando interrogada pelo médico, informou que o seu problema teve início em 1986. Na época, percebeu que o aludido diretor mostrava interesses sexuais por ela. Embora

não tivessem contato direto, ela o conhecia, mas, raras vezes, se cumprimentavam. Até que ele foi transferido para Brasília. Aí ela 'compreendeu' tudo. Teve a intuição de que havia toda uma 'organização' por trás dos fatos estranhos que lhe acontecem. Ela considera-se uma excelente funcionária (é fiscal da previdência social) e não participa de qualquer 'esquema' de corrupção. Por isto mesmo, este diretor, além de querer levá-la para a cama, deseja que entre no esquema da corrupção. Como os seus 'perseguidores' reconhecem sua reputação, que sabem ilibada, fazem-lhe as piores malvadezas. Mandam-lhe mensagens cifradas, através do rádio e da televisão, fazem-lhe ameaças, inclusive de morte. Por sinal, nos últimos tempos, anda com muito medo de ser assassinada; por isso, recusa-se a sair de casa e somente o faz quando acompanhada de pessoa de sua inteira confiança. A paciente está bastante emagrecida, em primeiro lugar, porque não sente apetite e, em segundo, porque tem medo de que tentem envenená-la através dos alimentos.

Não faz muito tempo, ao assistir ao noticiário da Rede Globo de Televisão, notou que o repórter apresentador dirigia-se a ela, olhando-a com ar de malícia, dando a entender que estava a par de tudo. Chegou a sugerir que ela entrasse no 'esquema', do contrário, iria sofrer as conseqüências. Mais tarde, no mesmo noticiário, apareceram vários carros em seqüência e a cor de cada um tinha um significado especial. Primeiro, o vermelho, que significava perigo; depois, o amarelo, que queria dizer cuidado; depois, o verde, significando o final da ameaça: agora podem 'pegá-la, o caminho está livre'.

Esclareceu que ainda se sente desesperada e já pensou em comprar uma arma para se defender dos perseguidores. Tentou várias maneiras de transpor o problema, inclusive mudando inúmeras vezes de local onde exerce as suas atividades profissionais, porém não obteve resultado, pois o pessoal que a persegue é muito esperto, consegue se infiltrar por todos os lugares e não a deixam em paz. Acha que, de maneira intuitiva, esse pessoal tem ligações internacionais. Pouco tempo antes do Presidente Collor renunciar, ela já tinha conhecimento do seu envolvimento nesta 'organização'.

Emagreceu oito quilos nos últimos meses, não se alimenta e recusa qualquer tipo de medicação, admitindo que os remédios poderiam fazê-la dormir ou diminuir os seus 'reflexos', ficando, assim, à mercê dos 'ataques' do grupo, sem condições de se defender de modo adequado".

**3.2.3.7. "A.A. - Rapaz jovem com 22 anos de idade, de cor branca, olhos claros (azuis), cabelos castanhos, de compleição franzina, com ausência dos dentes incisivos superiores, havendo, por isso, aparente acentuação dos caninos, emprestando-lhe à fisionomia um aspecto agressivo e sinistro. Foi trazido ao Hospital Psiquiátrico pela polícia, após ter assassinado a genitora. Embora tenha permanecido na delegacia do bairro por alguns dias depois do seu ato, houve recomendação judicial para encaminhá-lo ao serviço psiquiátrico, tendo em vista o seu estado mental.**

Quando interrogado pelo médico sobre a atitude tomada em relação a sua mãe, informou com espantosa frieza que apenas seguiu a recomendação de um 'Exu' (entidade mística da umbanda: religião afro-brasileira, que teria conotação demoníaca). De acordo com o que se encontra registrado no prontuário, feito quando de sua internação, mãe e filho viviam em casa simples de bairro pobre e, já há algum tempo, os vizinhos notaram brigas e gritarias entre eles. Certa manhã, por volta das 12 horas, numa das costumeiras brigas, o filho, munido com uma faca de cozinha, desferiu vários golpes na região abdominal da mãe, tendo-a eventrado. Os vizinhos, alertados pelos gritos desesperados da mulher, acorreram ao local, tendo encontrado "Tônico" com a faca ensangüentada na mão direita e com a mão esquerda acabara de retirar as vísceras do abdômen da mãe, tentando envolver-se nelas.

Continuando o seu relato ao médico, o paciente esclarece que, já há algum tempo, embora nunca tivesse freqüentado sessões de umbanda, se sentia 'possuído' por uma 'entidade' que, conforme pressentira, era um 'Exu' e este exercia uma poderosa influência sobre os seus atos. Obrigava-o a fazer coisas contra a sua vontade: fumar maconha, roubar objetos dentro de automóveis e, até mesmo, agredir a sua mãe. Estas ordens estranhas provinham diretamente de sua própria cabeça, ordens sob a forma de 'vozes' que, inclusive, o comandavam. Ele não conseguia opor resistência ao que lhe ordenavam fazer, suspeitando que se tratava de uma 'entidade superior'. Percebia claramente que, em alguns momentos, estava sendo guiado por alguém que ele não conhecia.

Informou que, no dia em que cometeu o crime, já estava muito irritado com os vizinhos, pois sempre o xingavam 'através do pensamento' e seu objetivo, na realidade, era pegar a faca e investir contra eles, quando sua mãe tentou impedi-lo. Neste exato momento pressentiu o 'Exu' a orientá-lo contra ela. Segundo as suas próprias informações, tem noção exata do seu ato, mas, no momento, não conseguia impedir a sua execução. Na realidade, era a 'entidade' incorporada que dominava o seu corpo e o impelia à execução dos atos. Inclusive a parte final, ou seja, a retirada das vísceras de sua mãe. Nas diversas entrevistas mantidas com o médico, não demonstrou nenhum tipo de arrependimento, afirmando, mesmo, que não fora ele quem praticara o assassinato, que o mesmo fora dirigido e executado pela 'entidade'".

**3.2.3.8.** "T. S. S. C. - Paciente do sexo feminino, com 64 anos de idade, de estatura baixa, cabelos crespos e originariamente pretos, atualmente grisalhos, olhos castanho-escuros, pele negra. Tecido adiposo espesso, com maior concentração na região abdominal. Vem à consulta acompanhada do marido, ambos com expressão facial demonstrando preocupação, ela com aspecto bem mais assustado. Olhos arregalados, fala hesitante e entrecortada de alguns silêncios.

O marido explica que a sua esposa teve problemas semelhantes há alguns anos. Com certeza, foi há mais de dez anos. Admite, porém, que, desta vez, a gravidade do quadro clínico é maior, tendo em vista, principalmente, as próprias reações e medos por ela demonstrados.

Em entrevista isolada com a doente, ela informa que, de uns tempos para cá, tem se sentido muito triste, isola-se e permanece numa atitude ansiosa, que tende a aumentar de modo progressivo até chegar a uma espécie de um pressentimento inquietante, de que algo indefinível está para acontecer. A ansiedade, o horror e o sinistro aparecem aqui como elementos dominantes do quadro clínico. Algo ameaçador paira no ar, mas a doente não sabe do que se trata. Sente-se ameaçada, como se algo estivesse prestes a destruí-la, mas ela não tem condições físicas e emocionais para afirmar do que se trata. Tem medo das pessoas, não sente disposição para nada nem para os afazeres domésticos aos quais se dedicava com prazer. Diz que chorava com frequência, agora nem mais isso tem ocorrido. Não dorme à noite, pensando muito nos seus problemas e, principalmente, em sua saúde. Acha que algo

muito grave vem ocorrendo com ela. Não sabe qual seria a sua doença, no entanto tem a convicção de que suas 'entranhas' estão 'apodrecendo' aos poucos. Acredita que seus órgãos internos já não servem para nada, acha mesmo que algumas partes deles têm saído com as fezes. Relata que há alguns dias, ao fazer as 'necessidades' no banheiro, percebeu que seu intestino havia saído junto e inteiro. Quando solicitada a fazer uma descrição das partes do intestino expelidas, informou serem 'compridas', de mais ou menos sessenta centímetros de comprimento, com características próprias das fezes. Não teve coragem de 'pegar' no intestino e resolveu dar a descarga e acabar logo com tudo aquilo.

Perguntamos como poderia estar ainda viva se, como afirmara, já não tinha mais intestinos e continuava se alimentando, embora pouco. E, o que seria ainda mais grave, para onde iriam os restos alimentares já ingeridos? Respondeu, de maneira simples, que isto não sabia explicar, porém do que ocorrera tinha convicção plena, bem como imaginava um 'fim' muito triste para si própria. Acreditava ser portadora de doença grave, tipo câncer. Acha também que estes problemas tinham sua razão de ser. Está pagando pelos pensamentos maus que teve no passado. Aceita a punição com mágoa, pois ainda acha que haveria uma outra forma de puni-la, não com uma doença ruim como esta e com o fim trágico que se avizinhava. Não acredita que os seus problemas de saúde tenham tratamento. Se houver algo proposto pelo médico, aceita fazer o tratamento de maneira resignada, porém com a ressalva de que seria apenas para 'minorar' o sofrimento".

**3.2.3.9.** "P. T. - Paciente com 23 anos de idade presumíveis, de cor morena-clara, cabelos crespos e curtos, olhos castanho-escuros, de estatura baixa, mas de complexão robusta. Foi trazido pela polícia para o Hospital Psiquiátrico de Juqueri, com a recomendação de ser 'perigoso' por ter tentado matar um companheiro de trabalho. Segundo informações da polícia, o paciente trabalhava como ajudante de pedreiro e comumente exercia a sua atividade em empresas de demolições e reformas de imóveis. Atualmente, estava trabalhando na reforma de imóvel pertencente a um cirurgião plástico muito conhecido em São Paulo. Os policiais foram informados de que tivera um desentendimento com um colega de trabalho, no local onde ambos dormiam, na própria obra onde exerciam as suas funções. Mostrou-se 'descontrolado' e, de posse de um revólver calibre 22, desfechou dois tiros no companheiro. Por sorte, ambos apenas o atingiram de raspão, tendo havido

tempo para fugir do local e avisar o carro da polícia que estacionava nas proximidades. Quando os policiais o intimaram a acompanhá-los, tentou recusar, porém cedeu às ameaças do uso da força. Em nenhum momento, a partir daquele instante, dirigiu qualquer palavra aos policiais, que o levaram para a Delegacia. Foram infrutíferas as tentativas de obterem dele qualquer informação dos motivos que o levaram a tentar contra a vida do seu companheiro. No entanto, mantinha-se atento, com os olhos abertos e a expressão fisionômica de quem conserva a lucidez da consciência. Havia indícios de que o enfermo se encontrava diante de uma situação aparentemente incompreensível. Tudo levava a acreditar que ele se encontrava incapacitado para se determinar diante daquela situação objetiva, pois encontrava-se detido em uma Delegacia. Nada disse durante 24 horas, recusando-se a comer, beber água ou fazer qualquer outro tipo de atividade. Não parecia tratar-se de um caso de mutismo passivo, mas de uma incapacidade real de raciocinar frente aos policiais. A expressão fisionômica não expressava desorientação quanto ao local onde se encontrava, porém parecia que ele estava impedido de tomar qualquer decisão. O delegado de plantão encaminhou-o ao Hospital das Clínicas, onde constataram a existência de problemas psiquiátricos e providenciaram o seu encaminhamento para o Juqueri.

Ao dar entrada neste Hospital, foi atendido pelo médico de plantão, diante do qual manteve atitude idêntica à da delegacia. Imóvel, com uma expressão fisionômica de ansiedade. A impressão que transmitiu ao examinador era de que se encontrava em estado de angústia perplexa. Ao mesmo tempo, tinha-se a impressão de que o enfermo estava com medo, o que induzia a pensar num caso de perplexidade anormal.

Como continuasse imóvel e em mutismo, foi levantada a hipótese diagnóstica de catatonia.

No dia seguinte à internação, foi visto pelo médico no seu próprio leito, ainda deitado, de olhos abertos, recusando-se a levantar, a alimentar-se, tomar banho e ser identificado, pelo menos através de impressões digitais, como é de praxe nos hospitais psiquiátricos. Permaneceu deitado, com ambas as mãos cruzadas sobre o peito, fechadas, e balbuciando palavras ininteligíveis. Os sintomas de negativismo eram evidentes, com anorexia e risco de desidratação. Decidiu-se fazer uma aplicação de E C T, o que foi

praticado depois de uma avaliação neurológica e clínica, tendo em vista também o jejum prolongado.

Depois da primeira aplicação, verificou-se que o enfermo trazia, na mão direita, pequena cruz de madeira feita com dois palitos de fósforos, unidos com um pequeno fio de linha de costura. Apresentou melhora acentuada depois da terapia eletroconvulsiva. Alimentou-se, aceitou ser identificado e referiu ao médico não tolerar pessoas que não acreditassem em Deus e que não tivessem a 'Cruz de Cristo' como proteção ou símbolo. Dizia-se enviado do 'Senhor' para 'pregar' e para trazer os fiéis para junto da Cruz.

Foi encaminhado para uma das clínicas-enfermaria do Hospital Central do Juqueri, onde deveria continuar seu tratamento iniciado. Alguns dias depois, foi visto caminhando, ao lado de outro paciente, sobre o telhado da clínica. Minutos depois, alcançou uma galeria que dava acesso, ainda pelo telhado, ao refeitório dos médicos e daí subiu para a torre do refeitório, que sempre foi o símbolo deste macro-hospital. Aí, encastelaram-se ambos os doentes. Todas as tentativas para os fazerem descer foram infrutíferas. Chamou-se a polícia, o corpo de bombeiros, que tiveram ajuda de diversos enfermeiros e funcionários experientes. O paciente que acompanhava P. T., ao presenciar o grande aparato que se formara, retirou-se espontaneamente do local e voltou para a sua clínica de origem. P.T., no entanto, munido da manivela da corda de relógio da Torre, peça de ferro maciço de metro e meio de comprimento, deu início à demolição da Torre, através de seus pilares de sustentação lateral. Em quarenta minutos, aproximadamente, desabava o símbolo do Juqueri, quase como prenunciando uma nova era que viria.

Foi difícilimo retirá-lo do lugar onde se encastelara. Depois de mais de seis horas, após jatos d'água sucessivos, foi seguro por uma das pernas e resgatado pelo pessoal do corpo de bombeiros. Ao ser conduzido ao médico, dizia: "Vocês não sabem o que estão fazendo. Deus está do meu lado. Esta torre não tinha Cruz". Medicado com tranquilizantes, reiniciou o tratamento com E C T no dia seguinte. Obteve melhora do quadro geral, embora persistissem as idéias delirantes. Meses depois, ao ter sido liberado para passeio, logo após o almoço, segundo informações, aventurou-se a nadar em uma das muitas lagoas existentes dentro do perímetro do Hospital, tendo falecido, segundo laudo, de necropsia de asfixia e congestão pulmonar".

**3.2.3.10.** "T. J. G - com 62 anos de idade, de cor branca, loira, olhos azuis, casada, professora aposentada, de estatura acima da média, cabelos crespos, deixando-os, em geral, soltos.

Informa a paciente que, por volta dos 25 anos de idade, começou a pressentir, ou mesmo, a intuir certas coisas estranhas que se passavam em torno de sua pessoa. Por exemplo: podia antever fatos que iriam acontecer e aconteciam, percebia emanções dos objetos e das pessoas, pressentia que certas pessoas não eram dignas de confiança e, por diversas vezes, quando não obedecia à sua intuição, sempre acabava se dando mal. Mas, o que é importante assinalar é que ela veio sozinha e espontaneamente procurar o médico, afirmando que o seu único problema consiste em não poder dormir. Fala de maneira extremamente rápida, de sorte que não se consegue entender a maior parte de suas informações.

Durante a entrevista, disse ao médico que ela é uma *médium* sensitiva. Há muitos anos vem praticando o espiritismo, tendo desenvolvido a sua capacidade mediúnica através de vários cursos, freqüentando as sessões com assiduidade e acredita ser dotada de forças sobrenaturais. Na seqüência de informações, esclareceu que é possuída por um 'espírito obsessor' e, como este não a abandona, terminou por se conformar com esta situação constrangedora. Ele a incomoda muito, não a deixa em paz, está a par dos seus pensamentos e interfere, de forma decisiva, em sua vontade. Esclareceu que, em diversas situações não é ela quem age por conta própria, mas é levada a praticar atos contrários a sua vontade e em desacordo com os seus princípios éticos. Trata-se de uma imposição estranha, uma interferência em sua pessoa. Desse modo, ela se encontra sob o comando do 'espírito obsessor', perdeu inteiramente a liberdade de agir por conta própria.

Esclareceu ao médico que os seus problemas se tornaram graves há mais ou menos um ano, durante uma viagem que fez à Foz do Iguaçu, em companhia do esposo. Quando ela e o marido fizeram escala em Curitiba, como era de hábito, tomou um comprimido de Lorax (lorazepam) antes de deitar-se. Não conseguindo o efeito desejado, apresentou uma crise de verdadeiro desespero, chegando a tentar atirar-se pela janela do apartamento do hotel, no que foi impedida pelo marido. Completa o relato, dizendo que não se recorda ao certo do andar onde ficava o dormitório, mas tem certeza de que era um andar

alto. A partir de então, a sua situação vem se tornando cada vez mais 'dramática'. Não consegue ter mais tranquilidade, permanecendo angustiada, inquieta, andando de um lado para outro, esfregando as mãos e, algumas vezes, tentando arrancar os cabelos, tal o seu estado de desespero. Cada vez mais aumenta o seu estado de ansiedade, vive sobressaltada, como na expectativa de que vai acontecer algo terrível, não consegue conciliar o sono na maioria das vezes, mesmo tomando remédios e, quando adormece, sofre de pesadelos, onde se vê perseguida por pessoas desconhecidas que pretendem estrangulá-la. Admite que tudo isso é produzido pelo 'espírito obsessor'. Já tentou diversas formas de tratamento, fez vários 'trabalhos' em centros espíritas, em umbanda e mesmo em outras religiões alternativas. De modo algum conseguiu se livrar do 'espírito obsessor', que domina os seus pensamentos, sentimentos e ações. Não sabe que 'entidade' é esta que a persegue, sabe apenas que, de alguma maneira, deveria passar por esta situação constrangedora. Em vida anterior teria praticado muita maldade e agora está 'pagando' os seus pecados.

Passaram-se quinze dias e a paciente retorna ao consultório extremamente ansiosa, tensa e irritada. Informou ter passado noites inteiras sem dormir. Atribui essa insônia persistente ao 'espírito obsessor'. Retira da bolsa que portava, papel branco e embrulhado nele, algo pesado, com formato de pedra arredondada, áspera, aproximadamente de 5 cm de diâmetro e coloração preta, assemelhando-se a carvão de pedra. Esclareceu: "Está vendo, doutor, isto é um imã potentíssimo e, através dele, o espírito obsessor me influencia, fazendo barbaridades comigo. O que devo fazer para me livrar disso? " Em seguida, pergunta: "O senhor é espírita? Pois o meu problema é espiritual e remédios químicos não curam, somente posso ficar livre dessas coisas através de meios espirituais". Como era natural, o médico sugeriu que ela se livrasse do imã (da pedra). Como resposta imediata, ouviu: "Não adianta, doutor, hoje é o imã, amanhã será outra coisa. O espírito obsessor não me larga"".

## ***4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS***

#### 4.1. ACHADOS QUANTITATIVOS:

Faixa etária mais marcante entre 29 e 38 anos, em ambos os sexos, mostrando maior incidência de internação neste período da vida. Daí, grande representação desta faixa etária na nossa amostra.

Verificou-se um alto percentual de pacientes solteiros, em torno de 69% da amostra.

Formação educacional incompleta da maioria dos pacientes pesquisados, com predominância dos cursos primário e secundário (80,82%).

Grande maioria de pacientes com profissões 'não qualificadas' (58,90%), ou mesmo sem profissão (37,67%), apontando para um possível desajuste anterior à psicose.

O tipo de amostragem manifesto na análise dos diagnósticos psiquiátricos, pelo O.M.S. - Cid-9a. Rev. (1979), confere-lhe universalidade. Ou seja, com exceção dos quadros psicóticos infantis ou senis, todas as outras psicoses delirantes dos adultos estão aqui representadas.

Frequência maior de psicoses esquizofrênicas (56,85%) e psicoses orgânicas transitórias (17,81%), do tipo 'estados confusionais agudos e sub-agudos'.

Frequência maior de delírios (96,57%), distúrbios afetivos (86,30%) e distúrbios formais do pensamento (68,49%). É evidente, que em relação aos diagnósticos psiquiátricos, seria de se esperar estes números, pois a maior parte dos diagnósticos (56,85%) são relativos a pacientes esquizofrênicos, nos quais estes sintomas seriam fundamentais.

Estes fatos demonstram, de certa maneira, o perfil dos pacientes pesquisados e nos remete à algumas ilações válidas para este tipo de doentes.

Ao analisarmos os percentuais do AMDP observamos:

Com relação à afetividade (AMDPA), o aparecimento de alta percentagem de distúrbios afetivos (98,41%) vinculados com as alterações dos juízos, e, igualmente, alto percentual de perturbação das intuições (92,38%) relacionadas aos afetos (AMDPA).

Estes dados apontam, para a existência de vínculo, do tipo associativo, na nossa amostra, entre os distúrbios afetivos, intuição e juízos (delírios).

As correlações entre outras variáveis, embora existam, também indicam uma associação, todavia não bi-unívocas ou tão intensas como nestes casos. Isto seria explicado muito mais em função apenas dos diagnósticos psiquiátricos, que também propiciariam estas vinculações.

Da mesma forma, as perturbações da intuição estão, percentualmente em 100% das alterações do juízo, podendo demonstrar uma relação bi-unívoca entre intuição e juízo.

A intensa vinculação entre conceitos e juízos (100%) pode significar que: quando encontramos perturbação dos conceitos teremos, conseqüentemente, perturbação dos juízos. A recíproca, porém, não é verdadeira: as perturbações dos juízos não são sempre acompanhadas de perturbações dos conceitos.

Os outros achados demonstram, por vezes, também intensa relação, contudo menor em percentuais aos precedentes, como nos casos de conceitos e raciocínio (95%), raciocínio e juízo (95,41%).

Interpretando de forma imaginativa estes dados, podemos supor que a origem do delírio (perturbação do juízo/intuição) estaria profundamente vinculada a uma alteração da afetividade, aliás, idéia já defendida por BLEULER (1950) anos atrás. Permanece, posteriormente, com a evolução do quadro clínico, uma alteração 'global' da afetividade, mas o delírio se torna (ao se consolidar) uma perturbação 'cognitiva', ou melhor, intelectualizada, portanto 'independente' daquela afetividade que, provavelmente, estivera presente em sua origem.

Pelo fato de alguns pacientes delirantes (com alterações dos juízos) não apresentarem alterações de raciocínio, optamos por interpretar que a atividade delirante é independente, também, das alterações do raciocínio, o que é corroborado pelo achado de alguns outros pacientes com alterações do raciocínio não mostrarem, em conjunto, uma atividade delirante.

O delírio, ou transtorno do juízo, seria uma atividade psíquica independente das atividades conceptuais e do raciocínio. Ou seja: pode haver delírio sem alteração dos conceitos e pode haver alteração do raciocínio sem haver delírio e vice-versa (delírio sem alteração do raciocínio).

Apesar de terem sido realizados vários testes de correlação estatística propostos por CRAMÉR (1946) e SIEGEL (1975) através de fórmula adaptada da prova de McNEMAR (1995) optamos, conforme sugestão de CAETANO (1999); DALGALARRONDO (1999) e MATOS (1995-1999), por não incluí-los neste estudo, pois, levantariam questões altamente especulativas e em desacordo com os objetivos desta tese.

#### **4.2. ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS:**

Os vinte (20) casos observados, registrados e descritos apresentavam atividade delirante típica e o fato inusitado de tais perturbações delirantes terem se iniciado por uma captação intuitiva de algo inexplicável foi fundamental para a nossa conclusão.

Em primeiro lugar, o paciente tinha a intuição de que algo de novo estava acontecendo ou tinha o pré-sentimento de que algo estranho iria acontecer. Para SCHNEIDER (1957) 'intuição delirante' é uma evidência, 'revelação' independente de qualquer dado sensorial ou dedução. Esta revelação em alguns aspectos é o próprio delírio ou confunde-se com a percepção delirante (LEME LOPES, 1982; SIMS, 1996).

Aos poucos, os enfermos iam concatenando as ocorrências banais do dia a dia, que adquiriam, para eles, significações novas, sempre no sentido de auto referência.

Em seguida surgia uma alteração característica do humor, o chamado por HAGEN (1970) de 'humor delirante', que contribuía para fixar tais ocorrências delirantes, tornando-as irremovíveis e, na maioria dos casos incompreensíveis para o examinador.

Aceita-se de maneira geral que o 'humor delirante', ou seja, vivência sentida (irracional e imotivada) de que o mundo e/ou o 'eu' se modificam, acompanhado de sentimento de mal estar e precedendo as percepções delirantes (GRÜHLE, 1956).

A percepção delirante é, para JASPERS (1955) interpretação errônea, delirante, de uma percepção real. Em geral, com auto referência (MELLOR, 1991). Isto, nas observações descritas, processa-se em um segundo momento das descrições dos pacientes.

Para vários autores (GRÜHLE, 1956; SIMS, 1996) o humor delirante seria uma forma precursora do delírio que antecede sempre as intuições e percepções delirantes. Poder-se-ia falar, assim, de humor pré-delirante, sobre o qual se organizam as chamadas cristalizações, ou seja, intuições e percepções delirantes.

Numerosos outros autores, incluindo LEME LOPES (1982), consideram a intuição delirante como uma “idéia espontânea delirante” e afirmam acreditar que a cognição delirante ou consciência delirante seria apenas uma variedade desta intuição.

Entre o *trema* (humor delirante) de CONRAD (1963) e a *apofania* (revelação) há uma gama de sentimentos obscuros e vagos. Passa-se do *trema* à *apofania* de forma gradual e sem linha nítida de separação. Nessa passagem há um estado de espírito especial, que acompanha-se de um significado. É a atribuição de significado à ‘coisa ou ao fato’. Esta atribuição produz a intuição e a percepção delirante. JASPERS (1955) disse que o ‘humor delirante’ podia ser a fonte do delírio, opinião partilhada por HUBER (1964).

Dito de outro modo e contrariando as opiniões de JASPERS (1955), GRÜHLE (1956) e SCHNEIDER (1957) de que ‘humor delirante’, ‘intuições delirantes’ e ‘percepções delirantes’ seriam estágios diferenciados dos delírios e acontecendo em momentos diferentes, somos da opinião que ‘intuições e percepções delirantes’ seriam ambos uma ‘revelação’ e ocorreriam no mesmo momento e já como o delírio propriamente dito. Delírios seriam, pois, transtornos da capacidade intuitiva.

Nas observações acima apresentadas torna-se evidente que os doentes tentem compreender ou pelo menos explicar o seu estado de ânimo e os seus temores. O humor de todos eles, suas suspeitas, seus vagos pressentimentos acabam por tomar um significado. Assim, as intuições e as percepções tomam o significado de ‘revelação’ que esclarece ‘tudo’. Depois, tentarão, através de vários outros temas delirantes, que tornaram-se um ‘saber’ (cognição), levar mais longe a compreensão do que lhes acontece.

Aceitamos as proposições de CONRAD (1963) e HAGEN (1970) a respeito da evolução e do conceito de 'humor delirante'. O que, não contradiz nossa tese de que o delírio seria um transtorno da intuição.

#### Aspectos Transculturais das Observações:

A partir de 1966, foi introduzida, na linguagem psiquiátrica, a expressão "Psiquiatria Transcultural" para caracterizar, na opinião de WITTKOWER (1968), "a exploração das semelhanças e diferenças nas manifestações da doença mental em culturas diferentes. A identificação de fatores culturais que predis põem à doença mental e daqueles que permitem evitá-la. A avaliação do efeito de fatores culturais idênticos na freqüência e na natureza das doenças mentais. O estudo dos diversos tratamentos praticados ou preferidos em diferentes agrupamentos culturais e a comparação das atitudes tomadas para como os doentes mentais em grupos culturais diversos".

Para FONSECA (1987), é necessário acrescentar a estes objetivos da Psiquiatria Transcultural a influência que os fatores de desenvolvimento e subdesenvolvimento econômico exercem sobre o aspecto e a incidência das doenças mentais em grupos culturais diferentes e em grupos culturais afins.

No Brasil, a influência portuguesa foi marcante, desde o estabelecimento do idioma, às crenças religiosas: a arquitetura, especialmente em algumas cidades do Estado da Bahia e do Estado de Minas Gerais são verdadeiras réplicas de cidades e edificações portuguesas dos séculos XV e XVI. Até a década de 1930, o fluxo imigratório, sendo muito intenso, determinava o fato de que a maioria das famílias tivesse algum parentesco com antepassados portugueses.

O nosso estudo procura demonstrar a inexistência de diferenças significativas na estrutura dos delírios estudados entre a casuística brasileira e a portuguesa. Até mesmo os conteúdos delirantes se mostram próximos e dentro de realidade semelhante. Alguns deles com características místico-religiosas, transformações corporais, grandeza, influência e origem nobre.

O fundamental, no entanto, centraliza-se na gênese do delírio. Em ambas as populações estudadas, foi possível caracterizar, com relativa precisão, a base da alteração da intuição. Havia sempre uma característica comum: o humor delirante se apresentava como um 'matiz'. A afetividade o modulava, porém o fundamental era o intuitivo.

Assim, caracterizados os objetivos da psiquiatria transcultural e adequando-os a estrutura do nosso trabalho, podemos dizer, de maneira simplificada, que esta psiquiatria estuda a influência dos fatores climáticos, étnicos, raciais, religiosos e sócio-políticos, quer esses comportamentos sejam tomados nos seus aspectos individuais, quer coletivos.

No nosso caso, foi individualizado duplamente, primeiro quanto aos doentes delirantes de maneira personalizada e, segundo, quanto ao aspecto gerador ou genético da intuição como alteração fundamental do delirante.

#### **4.3. POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DESTE ESTUDO À LUZ DA PSICOPATOLOGIA FENOMENOLÓGICA:**

Com base nos achados anteriores podemos inferir, como PAIM (1998), que a psicopatologia apresenta como objeto o estudo descritivo dos fenômenos psíquicos anormais e, em função disso, difere de forma considerável da psiquiatria, cujo objetivo consiste na investigação da nosologia, causalidade, tratamento e prevenção dos transtornos mentais.

A psicopatologia emprega como método, na pesquisa e descrição dos fenômenos psíquicos mórbidos, a fenomenologia. Aos profissionais de medicina, psicologia, enfermagem, serviço social, terapia ocupacional, fono-audiologia, fisioterapia, odontologia e outros interessa, do ponto de vista da metodologia, conhecer os princípios fundamentais da fenomenologia de HUSSERL (1986) e a sua possibilidade de emprego no estudo dos fenômenos psíquicos, sem nenhuma interpretação *a priori* daquilo que manifesta-se.

Para JASPERS (1955) o fundamento real da investigação é constituído pela vida psíquica representada e compreendida através das expressões verbais e do comportamento perceptível. Quer-se sentir, aprender e refletir sobre o que realmente acontece no psiquismo

(alma) do homem. Pretende-se conhecê-la em suas conexões que, em parte, são tão sensivelmente perceptíveis como os objetos das ciências naturais. Para isto, o mesmo autor estabeleceu que os fenômenos psíquicos somente são penetráveis através do psíquico.

Por meio da 'redução' fenomenológica tornou-se possível isolar a estrutura psicológica fundamental: a 'vivência'. Como as vivências do doente mental são fenômenos subjetivos, inacessíveis à observação imediata, o observador procura estudar diretamente as próprias vivências. É através da comparação entre as próprias vivências e aquelas captadas no indivíduo examinado que se pode chegar a uma verdadeira investigação fenomenológica.

A análise desses elementos da vivência, conforme foi dito anteriormente, contribui para o conhecimento de três tipos de fenômenos: a) que são conhecidos por nossa própria experiência; b) que são acentuações, diminuições ou contaminações de experiências pessoais e c) que se caracterizam pelo fato de não poderem ser representados no espírito de maneira compreensível. Só podem ser abordados no máximo por analogia. Este grupo pertence ao que é denominado de apresentar experiências 'primárias'. Entre estas, estão as experiências psicopatológicas das perturbações mentais conhecidas por endógenas.

Para a finalidade deste estudo foi fundamental assinalar:

- 1) O conceito de delírio primário e deliróide (JASPERS, 1955);
- 2) Reação, desenvolvimento e processo (SCHNEIDER, 1968);
- 3) O compreender e o explicar (JASPERS, 1955; PAIM, 1998);

A título de discussão, podemos retomar estas questões e dizer que as idéias delirantes primárias têm conexões com todos os sintomas psicóticos possíveis, de acordo com o quadro mórbido em que se manifestam e que ficou patente na nossa amostra de pacientes, tanto de forma quantitativa como qualitativa.

1) Os delírios primários representam algo último e derradeiro. Admite-se que eles tenham como fonte uma vivência patológica primária ou exigem como condição prévia uma transformação da personalidade. Surgem como fenômenos autóctones e originais no campo da vida psíquica. Para JASPERS (1955) as idéias delirantes primárias não apresentam motivo, senão causa e surgem de um transtorno orgânico. A sua existência fala a

favor de uma transformação radical que acompanha os processos psíquicos: a somatose. Autores contemporâneos tem se dedicado a estudar este tema (CUTTING, 1991).

O paciente portador de delírio primário, como foi visto, começa a emprestar novas significações ao ambiente. O que é chamado de ‘consciência de significação’ experimenta uma transformação radical. Esta transformação operada na estrutura da vivência contribui para o aparecimento da ‘consciência anormal de significação’, que se estende a todos os aspectos da intencionalidade da consciência: desde percepções, às ‘intuições’ e ao próprio pensamento.

As idéias deliróides referem-se sempre a outras experiências psíquicas que as determinariam. Estas experiências podem ser: uma alucinação, alteração do estado de ânimo ou idéia prevalente. Diz-se, por isso, que a idéia deliróide é compreensível.

O principal significado do conceito de ‘delírio primário’ está precisamente em sua procedência mórbida. É dito que a tendência para apresentação de idéias delirantes verdadeiras supõe que haja uma agressão doentia e profunda no núcleo da personalidade, o que, determina com freqüência as vivências de estranheza de si mesmo e modifica totalmente os pensamentos, os sentimentos e a vontade dos pacientes. Os casos aqui apresentados manifestam de maneira clara estes aspectos.

Repetindo o que já foi mencionado, o delírio, qualquer que seja o modo de sua exteriorização, é sempre um transtorno da intuição. No sentido adotado por nós, no delírio resta sempre uma espécie de resíduo incompreensível, de inconcebível de abstrato. Os enfermos vivenciam sentimentos primários, sentimentos vivos de estranheza, disposição de ânimo e atividades voluntárias anormais além de captações intuitivas mórbidas.

2) Reação, desenvolvimento e processo. Conceitos formulados magistralmente por SCHNEIDER (1968), em que descreve a ‘reação vivencial’ como sendo uma resposta oportuna, motivada e emocionalmente adequada à referida vivência. As patologias relacionam-se com ‘reações vivenciais anormais’, neste caso, a sua essência decorre do fato de ter sido gerada por uma vivência.

Desenvolvimento psíquico anormal depende diretamente da personalidade. É o prolongamento natural e unitário do caráter, o qual, apesar de desproporcionado, mantém certa coerência com a estrutura do temperamento. A elaboração e configuração dos sintomas é feita de forma correspondente à maneira de ser do indivíduo, que identifica-se com a sua característica pessoal desequilibrada.

Processo, interessa-nos particularmente. Manifesta-se como algo inteiramente novo, que se apresenta por efeito de transformação profunda, vital, da atividade anímica e podendo ter longa duração ou ser reversível depois de uma fase aguda.

O processo psicótico, além de ser algo inteiramente novo na vida mental, é duradouro e quase sempre irreversível. Trata-se de uma ruptura bio-psíquica fundamental da normalidade, que interrompe o curso da vida pessoal e a transforma de modo inexorável. Os critérios biográficos dos processos são os seguintes: a) aparecimento do novo em um momento determinado; b) presença, neste momento, de múltiplos sintomas conhecidos e c) ausência de uma causa exterior ou de um acontecimento vivido que o motive de modo suficiente. A característica fundamental do processo psicótico é a transformação psicologicamente incompreensível da personalidade.

Os delírios primários, ou seja, as percepções delirantes e as intuições fazem parte deste processo e são evidentes na casuística qualitativa apresentada. Ambos estão amalgamados como uma experiência única, precedidos algumas vezes por um estado de humor, descrito classicamente como sendo o 'humor delirante'.

3) O compreender e o explicar. A contribuição de JASPERS (1955) sobre este assunto, tamanha sua importância para a psicopatologia fenomenológica, motivou um capítulo nesta tese. Voltamos à isto nesta discussão e de forma resumida.

Fala-se de compreensão genética e estática. Compreende-se geneticamente quando um estado mental dá lugar a outro estado mental, ou seja, um 'gera' o outro. Neste caso compreende-se os fenômenos vivenciados subjetivamente, o psíquico visto diretamente na expressão, o funcionamento e suas manifestações, as ações e o mundo dos enfermos. Na

compreensão genética usa-se a empatia. Trata-se de apreender as conexões psíquicas. Esta é a verdadeira compreensão. Compreender significa, em si mesmo, o compreender genético.

A compreensão estática ou descrição fenomenológica emprega o mínimo de interpretação. Consiste em descrever o mais exatamente possível a experiência vivida em dado momento, sem interessar-se por sua origem e conseqüências, permanecendo o examinador restrito à realidade individualmente. Desse modo, a fenomenologia circunscreve os fatos de maneira rigorosa, procurando dar a maior precisão aos conceitos, aos termos empregados e ao que estiver sendo observado.

A compreensão genética é inteligível nas etapas psíquicas da evolução da vida normal. Há um entendimento que vem 'de dentro' e através da empatia, existe a compreensibilidade de nexos e de seqüência.

As fases e períodos da vida psíquica anormal seriam seqüências temporais incompreensíveis e, neste caso devem ser 'explicadas' causalmente, como objetos das ciências naturais que, em oposição aos anteriores, consideram-se 'de fora'. Pode-se, neste caso, usar a compreensão estática para a descrição psicopatológica, porém, explica-se e não compreende-se o fenômeno.

A intuição psíquica normal é usada para indicar o conhecimento de conexões causais que sempre são vistas a partir 'de dentro' e o chamaremos de fenômeno compreensível.

Na nossa casuística, as intuições e percepções delirantes são fenômenos incompreensíveis, objetivamente vistos e descritos a partir 'de fora', não o chamaremos de compreensíveis, tentaremos apenas explicá-lo.

Em outras palavras, explicamos o delírio, do ponto de vista fenomenológico, como sendo um transtorno da intuição. O que é facilmente observável nas nossas observações.

#### 4.3.1. Observações finais:

O termo intuição é aqui empregado no sentido de caracterizar um tipo de conhecimento primário, independente da percepção sensorial. Trata-se de uma intuição interior, de uma evidência *a priori* ou de uma convicção independente da experiência.

Certos fatos obscuros permitem atribuir a existência de um pensamento intuitivo, pré-verbal. Do ponto de vista psicológico, a intuição é um estado que antecede o pensamento, que tem as suas bases na imaginação criadora.

Chama-se intuição a essa espécie de simpatia intelectual, em virtude da qual nos transportamos ao interior de um objeto, para coincidir no que ele tem de único e, portanto, inexplicável (BERGSON, 1966 a). Toda intuição é, em essência, fenomenológica.

A intuição pertence ao domínio do inconsciente irreflexivo, aos processos anímicos não dirigidos de modo voluntário e encontra-se no campo específico da imaginação criadora. Rothacker, citado por PAIM (1972), chama de inconsciente a todo comportamento que não é acompanhado e dirigido com lucidez da consciência. É inconsciente todo processo anímico no qual a consciência não é participante e dirigente.

Intuímos não apenas os objetos do mundo físico (inclusive as pessoas com as quais nos defrontamos a todo instante), provenientes da experiência sensorial, mas também os nossos juízos, atos de conhecimento e todos os conteúdos vivenciais.

O 'fato' é empírico, temporal, individual, contingente, localizável e variável, de acordo com as circunstâncias, enquanto a 'essência' é intemporal, não localizável, imutável. A intuição capta, exclusivamente, as essências fenomenológicas.

O delírio primário corresponde à intuição em seu estado puro, à intuição em sentido estrito.

O humor delirante condiciona o aparecimento das intuições delirantes. Em primeiro lugar, altera-se o estado de ânimo em consequência de alterações bioquímicas (glandulares, hormonais) e, em seguida, aparecem as intuições delirantes, dotadas de significação especial para o enfermo. Tais intuições são quase sempre no sentido da

auto-referência. O próprio JASPERS (1955) em 1953 chegou a admitir que o humor delirante pode ser o ponto de partida do delírio. HUBER (1964) também admitiu que o humor delirante é a fonte da vivência delirante, porém não a sua motivação. Do mesmo modo TELLENBACH (1983) não tem a menor dúvida quando afirma que o humor delirante é a matriz do delírio.

No início da esquizofrenia surge, inexplicavelmente, uma inquietação indefinida e incomparável. O enfermo torna-se inquieto, ignorando, porém, a causa de sua inquietação. Passa a viver intranquilo, atormentado, ansioso, chegando ele próprio a se interrogar a respeito dos motivos de sua inquietação.

Apesar de não ser possível estabelecer uma patogenia unívoca para o delírio primário, é indispensável levar em consideração a unidade entre o interno e o externo, a unidade entre o organismo e o meio. Desempenha papel importante nos delirantes a predisposição constitucional, mas esta, por si mesma, não constitui algo independente. Forma-se em várias gerações e desenvolve-se em interdependência com o meio exterior. Admitimos que o fator patogênico principal é a alteração da capacidade de intuição. Quanto à etiologia, esta escapa aos domínios da psicopatologia, pois se encontra na dependência de alterações físicas e bioquímicas, consubstanciadas provavelmente no desequilíbrio entre os mediadores químicos (BENSON & STUSS, 1990; DE LEON *et al.*, 1992).

Encerramos esta parte, visando apontar um caminho para esclarecer as concepções a respeito deste magno problema da psicopatologia, o delírio.

A contribuição almejada deve projetar-se, em um segundo momento, no tratamento integral do ser que adocece mentalmente, sua proteção, compreensão, apoio e melhoria de condições de vida.

## ***5. CONCLUSÕES***

Os resultados obtidos no presente trabalho, com 146 pacientes delirantes e não delirantes, estudados através do AMDP, e 20 pacientes delirantes, avaliados clinicamente de forma qualitativa, em profundidade, permitem as seguintes respostas, a título de conclusões:

1) Podemos, de maneira didática, separar os achados psicopatológicos, através da fenomenologia, em conceitos, juízos, raciocínio e intuição.

2) É possível inferir que intuição e delírio seriam fenômenos com íntima associação, pois, a frequência entre delírio e intuição é intensa. Portanto, alterações da intuição, quando surgem em pacientes psicóticos aparecem, como delírio.

3) Os itens afetividade e delírio estão também relacionados na nossa amostra. Assim, intuição, afetividade e delírio apresentam vinculação evidente.

4) Os diagnósticos psiquiátricos específicos, da forma que os estudamos, não alteraram a relação entre o sintoma delírio e intuição.

5) Na nossa casuística, nenhuma outra variável estudada pareceu interferir de forma definitiva nos delírios e intuições.

6) O estudo do delírio e da intuição, do ponto de vista transcultural, não revelou, neste trabalho, diferenças marcantes.

7) Finalmente, a análise qualitativa dos quadros estudados tornou evidente que a atividade delirante seria, realmente, um transtorno da capacidade intuitiva.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100  
101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110  
111  
112  
113  
114  
115  
116  
117  
118  
119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129  
130  
131  
132  
133  
134  
135  
136  
137  
138  
139  
140  
141  
142  
143  
144  
145  
146  
147  
148  
149  
150  
151  
152  
153  
154  
155  
156  
157  
158  
159  
160  
161  
162  
163  
164  
165  
166  
167  
168  
169  
170  
171  
172  
173  
174  
175  
176  
177  
178  
179  
180  
181  
182  
183  
184  
185  
186  
187  
188  
189  
190  
191  
192  
193  
194  
195  
196  
197  
198  
199  
200  
201  
202  
203  
204  
205  
206  
207  
208  
209  
210  
211  
212  
213  
214  
215  
216  
217  
218  
219  
220  
221  
222  
223  
224  
225  
226  
227  
228  
229  
230  
231  
232  
233  
234  
235  
236  
237  
238  
239  
240  
241  
242  
243  
244  
245  
246  
247  
248  
249  
250  
251  
252  
253  
254  
255  
256  
257  
258  
259  
260  
261  
262  
263  
264  
265  
266  
267  
268  
269  
270  
271  
272  
273  
274  
275  
276  
277  
278  
279  
280  
281  
282  
283  
284  
285  
286  
287  
288  
289  
290  
291  
292  
293  
294  
295  
296  
297  
298  
299  
300  
301  
302  
303  
304  
305  
306  
307  
308  
309  
310  
311  
312  
313  
314  
315  
316  
317  
318  
319  
320  
321  
322  
323  
324  
325  
326  
327  
328  
329  
330  
331  
332  
333  
334  
335  
336  
337  
338  
339  
340  
341  
342  
343  
344  
345  
346  
347  
348  
349  
350  
351  
352  
353  
354  
355  
356  
357  
358  
359  
360  
361  
362  
363  
364  
365  
366  
367  
368  
369  
370  
371  
372  
373  
374  
375  
376  
377  
378  
379  
380  
381  
382  
383  
384  
385  
386  
387  
388  
389  
390  
391  
392  
393  
394  
395  
396  
397  
398  
399  
400  
401  
402  
403  
404  
405  
406  
407  
408  
409  
410  
411  
412  
413  
414  
415  
416  
417  
418  
419  
420  
421  
422  
423  
424  
425  
426  
427  
428  
429  
430  
431  
432  
433  
434  
435  
436  
437  
438  
439  
440  
441  
442  
443  
444  
445  
446  
447  
448  
449  
450  
451  
452  
453  
454  
455  
456  
457  
458  
459  
460  
461  
462  
463  
464  
465  
466  
467  
468  
469  
470  
471  
472  
473  
474  
475  
476  
477  
478  
479  
480  
481  
482  
483  
484  
485  
486  
487  
488  
489  
490  
491  
492  
493  
494  
495  
496  
497  
498  
499  
500  
501  
502  
503  
504  
505  
506  
507  
508  
509  
510  
511  
512  
513  
514  
515  
516  
517  
518  
519  
520  
521  
522  
523  
524  
525  
526  
527  
528  
529  
530  
531  
532  
533  
534  
535  
536  
537  
538  
539  
540  
541  
542  
543  
544  
545  
546  
547  
548  
549  
550  
551  
552  
553  
554  
555  
556  
557  
558  
559  
560  
561  
562  
563  
564  
565  
566  
567  
568  
569  
570  
571  
572  
573  
574  
575  
576  
577  
578  
579  
580  
581  
582  
583  
584  
585  
586  
587  
588  
589  
590  
591  
592  
593  
594  
595  
596  
597  
598  
599  
600  
601  
602  
603  
604  
605  
606  
607  
608  
609  
610  
611  
612  
613  
614  
615  
616  
617  
618  
619  
620  
621  
622  
623  
624  
625  
626  
627  
628  
629  
630  
631  
632  
633  
634  
635  
636  
637  
638  
639  
640  
641  
642  
643  
644  
645  
646  
647  
648  
649  
650  
651  
652  
653  
654  
655  
656  
657  
658  
659  
660  
661  
662  
663  
664  
665  
666  
667  
668  
669  
670  
671  
672  
673  
674  
675  
676  
677  
678  
679  
680  
681  
682  
683  
684  
685  
686  
687  
688  
689  
690  
691  
692  
693  
694  
695  
696  
697  
698  
699  
700  
701  
702  
703  
704  
705  
706  
707  
708  
709  
710  
711  
712  
713  
714  
715  
716  
717  
718  
719  
720  
721  
722  
723  
724  
725  
726  
727  
728  
729  
730  
731  
732  
733  
734  
735  
736  
737  
738  
739  
740  
741  
742  
743  
744  
745  
746  
747  
748  
749  
750  
751  
752  
753  
754  
755  
756  
757  
758  
759  
760  
761  
762  
763  
764  
765  
766  
767  
768  
769  
770  
771  
772  
773  
774  
775  
776  
777  
778  
779  
780  
781  
782  
783  
784  
785  
786  
787  
788  
789  
790  
791  
792  
793  
794  
795  
796  
797  
798  
799  
800  
801  
802  
803  
804  
805  
806  
807  
808  
809  
810  
811  
812  
813  
814  
815  
816  
817  
818  
819  
820  
821  
822  
823  
824  
825  
826  
827  
828  
829  
830  
831  
832  
833  
834  
835  
836  
837  
838  
839  
840  
841  
842  
843  
844  
845  
846  
847  
848  
849  
850  
851  
852  
853  
854  
855  
856  
857  
858  
859  
860  
861  
862  
863  
864  
865  
866  
867  
868  
869  
870  
871  
872  
873  
874  
875  
876  
877  
878  
879  
880  
881  
882  
883  
884  
885  
886  
887  
888  
889  
890  
891  
892  
893  
894  
895  
896  
897  
898  
899  
900  
901  
902  
903  
904  
905  
906  
907  
908  
909  
910  
911  
912  
913  
914  
915  
916  
917  
918  
919  
920  
921  
922  
923  
924  
925  
926  
927  
928  
929  
930  
931  
932  
933  
934  
935  
936  
937  
938  
939  
940  
941  
942  
943  
944  
945  
946  
947  
948  
949  
950  
951  
952  
953  
954  
955  
956  
957  
958  
959  
960  
961  
962  
963  
964  
965  
966  
967  
968  
969  
970  
971  
972  
973  
974  
975  
976  
977  
978  
979  
980  
981  
982  
983  
984  
985  
986  
987  
988  
989  
990  
991  
992  
993  
994  
995  
996  
997  
998  
999  
1000

## ***6. SUMMARY***

**Introduction:** This thesis starts from the idea that delusion in its pure meaning, according to JASPERS (1955), is a disturbance which precedes the judgements formation. The intuition is what precedes the ability to judge. It is therefore the intuition, shaped by the affectivity that represents the main disturbance which establishes the delusion.

The term intuition is used here to describe a type of primitive knowledge which is not linked to sensorial perception. It is a non experience based conviction.

**Material:** We suggest that main pathological factor in delusional patients is purely the alteration of the intuition, regardless of the environmental, cultural or social factors. It should be shown by the author's observations carried on psychopathological and quantitative analisys of 146 delusional and non-delusional patients through AMDP and 20 other delirant patients (5 from Portugal and 15 from Brazil) for profound and qualitative analisys to a transcultural approach.

**Results and conclusions:** Primitive delusion can be the intuition in its pure state.

The structural connection between delusion, humor and delusion intuition can no longer be obscured and we can see that a possible genesis connection exists between delusion humor and delusion intuition.

It is possible that delusive humor always precedes and generates delusion.

The delusion which arises from false intuitions is the only one which is a natural consequence of unknown disturbances of the intuitive capacities.

We accept, in a conclusive way, that the delusional main pathological factor is the alteration of one intuitive ability. This is confirmed by the author's observations and don't presents significant variations in a transcultural study.

## ***7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

- ALHO FILHO, J. L. - **Delírio: transtorno da intuição**. Fac. de Medicina. Lisboa. Tese, 1995.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. - **Fundamentos de la psiquiatria actual**. 2ª-edição. Madrid, Paz Montalvo, 1972.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. - **Psicologia médica y social**. Madrid, Editorial Paz Montalvo, 1973.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (A.P.A.) - **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais (DSM-III-R)**. 3ª-edição - revista. Ed. brasileira. São Paulo, Editora Manole e APA, 1989.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (A.P.A.) - **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)**. Fourth Edition, Washington, DC, APA, 1994.
- ANGST, J. & WOGGON, B. - **Validity of the AMP - System for its use in clinical psychopharmacology**, 174-184. In D. Bobon, U. Baumann, J. Angst, H. Helmchen, H. Hippus (Eds.), **AMDP system in pharmacopsychiatry**. Mod. Probl. Pharmacopsychiat., vol.20, Basel, Karger. In O sistema AMDP, 1983.
- ARAÚJO LIMA, C. - Os delírios crônicos. **Arq. Man. Judic. do Rio de Janeiro**, 6(6): 55-76, 1935.
- ARIETI, S. - **Interpretación de la esquizofrenia**. Barcelona, Editorial Labor, 1965.
- ARIETI, S. - **Interpretation of schizophrenia**. 2ª. ed.. New York, Basic Books, 1974.
- ARNOLD, W.; EYSENCK, H. J. et MEILI, R. - **Dicionário de psicologia**. São Paulo, Edições Loyola, 1982.
- BAHAM, A.J. - **Types of intuition**. Albuquerque, New Mexico, 1960.

- BAILLARGER, M. - Das hallucinations, des causes que les produisent et des maladies naqu'elles caracterisent. **Memoires de l'Academie de Médecine. T. XII**, Paris, 1846.
- BALL, B. - **Leçons sur les maladies mentales**. Asselin et Houzeau. Paris, Librairies de la Faculté de Médecine, 1890.
- BARAHONA FERNANDES, H.J. - **Comunicação pessoal**. Lisboa, 1975-1985.
- BARAHONA FERNANDES, H. J. - Da psiquiatria para a saúde mental. **Saúde Mental**, 31: 1, 1979.
- BARAHONA FERNANDES, H. J. - O delirar numa perspectiva antropológica médica da Psiquiatria. **Rev. Assoc. Bras. Psiq.**, São Paulo, 2(1): 3-11, 1980.
- BARAHONA FERNANDES, H. J. - Dos métodos de investigação do homem doente. O homem doente mental e o homem doente neurológico. **Med.**, 71: 235, 1974a.
- BARAHONA FERNANDES, H. J. - **Filosofia e psiquiatria. Experiência portuguesa e suas raízes**. Coimbra, Liv. Atlântica, 1966.
- BARAHONA FERNANDES, H. J. - Escala estrutural de gradientes de perturbação psicopatológica. **Jornal do Médico**, 124: 736-746. In Simões M. P. Consciência do eu na esquizofrenia paranóide, 1988.
- BARAHONA FERNANDES, H. J. - Hegel e a psiquiatria. In **Idéia e matéria**. Lisboa, p. 241, 1978a.
- BARAHONA FERNANDES, H. J. - **A idéia do homem na medicina actual**. Lisboa, Liv. Portugal, 1957.
- BARAHONA FERNANDES, H. J. - Os limites da psiquiatria. Alguns aforismos e questões num ponto de vista convergente. **J. Med.**, 66: 159, 1973.
- BARAHONA FERNANDES, H.J. - **Medicina humana - no signo de Hipócrates III**. Lisboa, Livraria Luso-Espanhola, 1969.

- BARAHONA FERNANDES, H. J. - A psiquiatria no quadro das ciências. **J. Med.**, 51: 509, 1963.
- BARAHONA FERNANDES, H. J. - Psiquiatria clínica. Antropologia da senescência. In **Gerontopsiquiatria**. Lisboa, Ciba-Geigy, 1978b.
- BARAHONA FERNANDES, H. J. - Perspectivas da evolução da personalidade. **J. Med.**, 39: 5, 1959a.
- BARAHONA FERNANDES, H. J. - Psiquiatria social. Modelo antropológico médico da doença / saúde mental. **Acta Médica Port.**, 2: 251, 1959b.
- BARAHONA FERNANDES, H. J. - Structures psychopathologiques de base et pharmacopsychotérapie des dépressions. **Annal. Psychol.**, 8: 41, 1974b.
- BARTHES, R. - **Éléments de sémiologie**. In Communication 4. Paris, Seuil, p.132, 1964.
- BASH, K.W. - **Psicopatologia general**. Madrid, Ediciones Morata, 1964.
- BAZARIAN, J. - **Intuição heurística. Uma análise científica da intuição criadora**. São Paulo, Editora Alfa-Omega, 1986.
- BENSON, D. F. & STUSS, D.T. - Frontal lobe influences on delusions: a clinical perspective. **Schizophr. Bull.**, 16(3): 403-411, 1990.
- BENTE, D.; ENGELMEIER, M.P.; HEINRICH, K.; HIPPIUS, H. et SCHMITT, W. - Projet d'une méthode de contrôle de la pharmacothérapie psychiatrique. **Med. exp. Basel**, 7, Suppl.: 11-32, 1962.
- BERGSON, H. - **La pensée et le mouvant**. Paris, PUF, 1966 a.
- BERGSON, H. - **L'évolution créatrice**. Paris, PUF, 1966 b.
- BERNARD, C. - **Introdução à medicina experimental**. Trad. M.J. Marinho. Lisboa, Guimarães & C. Editores, 1978.

- BÍBLIA SAGRADA - Tradução dos Originais Mediante a Versão dos Monges Maredsous (Bélgica). Centro Bíblico Católico. São Paulo, Editora Ave Maria, 1980.
- BLEULER, E. - **Dementia praecox or the group of schizophrenias**. New York, Int. Univ., 1950.
- BLONDEL, C. - **La conscience morbide**. Paris, F. Alcan Edit., 1928.
- BOBON, D. (Ed.) - **Le manuel AMDP**. Liège, Presses Universitaires, 1978.
- BOREL, J. - **Les psychoses passionnelles**. Paris, Expansion Scientifique, 1952.
- BOURGEOIS, M. L.; DUHAMEL, P.; VERDOUX, H. - Delusional parasitosis: folie a deux and attempted murder of family doctor. **Br. J. Psychiatry.**, Nov., **161**: 709-711, 1992.
- BRACINHA VIEIRA, A. - Do delírio: reflexões e proposições sobre a essência do delirar. **Análise Psicológica**, II, **3**:421-431, 1979.
- BRACINHA VIEIRA, A. - Psicopatologia dos delírios de ciúme. **Psiquiatria Clínica**, **5**(4): 163-195, 1984.
- BRENTANO, F. - **La psychologie du point de vue empirique**. Paris, Aubier, 1944.
- BROOKER, B. - Paranóia. In **Dicionário de Psicologia**. Vol. III., coord.: W. Arnold; H.J. Eysenck e R. Meili. São Paulo, Ed. Loyola, 1982.
- BUCHANAN, A. - Acting on delusion: a review. **Psychol. Med.**, **23**(1): 123-134, 1993 a.
- BUCHANAN, A. - Acting on delusions II: The phenomenological correlates of acting on delusion. **Br. J. Psychiatry.**, Jul., **163**: 77-81, 1993 b.
- BUNGE, M. - **Intuição and science**. New Jersey, 1962.
- CAETANO, D. - **Comunicação pessoal**. Campinas, 1999.
- CAMERON, N. & MARGARET, A. - **Behavior pathology**. Cambridge, Mass. Riverside Press, 1951.

- CERVO, A. L. & BERVIAN, P. A. - **Metodologia científica**. São Paulo, Ed. McGraw-Hill do Brasil Ltda, 1983.
- CHUC, W. - **Da diagnose clínica da dementia praecox**. Esc. de Med. e Cir. do Rio de Janeiro. Tese, 1964.
- CLÉRAMBAULT, G.G. - **Oeuvres psychiatriques**. Paris, PUF, 1942.
- COLAIZZI, P. - Analysis of the learner's perception of learning materials at various phases of the learning process. In A. Giorgi, W. Fischer, and R. Eckartsberg (Eds.). **Duquesne studies in phenomenological psychology** (vol.1, pp.101-111). Pittsburgh, Duquesne University Press, 1971.
- COLAIZZI, P - Psychological research as the phenomenologist views it. In R. Valle and M. King (Eds), **Existential - phenomenological alternatives for psychology** (pp.48-71). New York, Oxford University Press, 1978.
- CONRAD, K. - **La esquizofrenia incipiente**. Madrid, Editorial Alhambra, 1963.
- COURA, S. H. - **Comunicação pessoal**. São Paulo, 1977-1994.
- CRAMÉR, H. - **Mathematical methods of statistics**. Princeton University Press, 1946.
- CUTTING, J. - Delusional misidentification and the role of the right hemisphere in the appreciation of identity. Ed. by A. SIMS. **Br. J. Psychiatry**, **159** (suppl. 14) 70:75, 1991.
- DALGALARRONDO, P. - **Comunicação pessoal**. Campinas, 1999.
- DE LEON, J.; ANTELO, R.E.; SIMPSON, G. - Delusion of parasitosis or chronic tactile hallucinosis: hypothesis about their brain physiopathology. **Compr. Psychiatry**. Jan.-Feb. **33**(1): 25-33, 1992.
- DELGADO, H. - **Curso de psiquiatria**. Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1969.
- DESCARTES, R. - **Discours de la méthode**. Édition de la Pléiade. Paris, Gallimard, 1952.

- DEWEY, J. - **Experiência e natureza**. 2ª. edição. S.Paulo, Abril Cultural, 1979.
- DIAS CORDEIRO, J. C. - Corpo amado - corpo detestado. **Alter Ego**, 1: 17-27, 1986.
- DIAS CORDEIRO, J. C. - **Comunicação pessoal**. Lisboa, 1993-1995.
- DIAS CORDEIRO, J. C. - Late chronic delusion, psychopathology and nosography. In: **Delusion and hallucination in old Age**, Ed. by Katona, C. and Levy, R. Gaskell and Royal Coll. of Psychiatrists. London, 177-186, 1992.
- DIAS CORDEIRO, J. C. - Troisième age. Essai d'analyse psychopathologique. Lisboa, INIC. In Bracinha Vieira, **A Psiquiatria Clínica**, 1982.
- DICK, P. - Système AMDP et psychopharmacologie clinique. **Acta psychiat. belg.**, 78: 583-590, 1978.
- DUPRÉ, E. - **Pathologie de l'imagination et de l'émotivité**. Paris, Payot, 1925.
- ENOCH, M. D. - Some uncommon psychiatric syndromes. **Chap., 3**: 25-40, Bristol, Wright & Sons. In Vieira, 1967.
- ESQUIROL, J. E. D. - **Maladies mentales**. (2 vols) Paris, Baillière, 1838.
- EY, H. - **Etudes psychiatriques**, vol. III. Paris, Desclée de Brouwer, 1954.
- FALRET, J. P. - Des maladies mentales et des asiles d'alienés. Paris, In: Mattos, **Elementos de psiquiatria**. Porto, 2a.edição, 1864.
- FERRATER MORA, J. - **Dicionário de filosofia**. Buenos Aires, Ed. Sudamericana. (verbetes: intuición, intuicionismo), 1956.
- FIGUEIRA, M. L. - **Relações interpessoais na esquizofrenia paranóide - estudo experimental**. Fac. de Medicina. Lisboa. Tese, 1984.
- FONSECA, A. F. - **Psiquiatria e psicopatologia**. Vol. II. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1987.

- FOVILLE, A. - Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs. In Paim, **História da psicopatologia**. Paris, 1871.
- FRALETTI, P. - A Faculdade de Medicina da Fundação ABC. **Arq. da C.S.M. do Est. de S. Paulo**. S.Paulo, XLII (especial): 89-107, 1980/81.
- FREUD, S. - **Obras completas**. Tomos I a III. 4ª edição. Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1981.
- FRÖBES, S. J. - Lehrbuch der experimentellen psychologie. (2º. vol.). In. Jaspers, **Psicopatologia geral**. Freiburg, 1920.
- GÈRENTE, P. - **Le délire chronique, son évolution**. Paris. Tese, 1883.
- GOÁS, M. C. - **Temas psiquiátricos**. Madrid, Edit. Paz Montalvo. Tomo II, 1966.
- GRANGER, G. G. - **A ciência e as ciências**. Trad. R. L. Ferreira. São Paulo, Ed. Unesp, 1994.
- GRIESINGER, W. - **Traité des maladies mentales**. Paris, Adrien Delahaye, (Traduzido da 2a. edição alemã), 1865.
- GRÜHLE, H. W. **Verstehende psychologie**. Stuttgart, Thieme, 1956.
- HAGEN, F. W. - **Fixe Ideen**. Erlangen, 1970.
- HEIDEGGER, M. - **Conferências e escritos filosóficos**. Trad. E. Stein, 2ª-edição. S.Paulo, Abril Cultural, 1979.
- HESSEN, J. - **Teoria do conhecimento**. Coimbra, Ed. Armênio Amado, 1968.
- HUBER, G. - Wahn. **Fortschr. Neurol. Psych.**, 32: 429-489, 1964.
- HUSSERL, E. - **Méditations cartésiennes**. Paris, Librairie Philosophique, J. Vrin., 1969.
- HUSSERL, E. - **Investigações lógicas**. São Paulo, Abril Cultural, 1980.

- HUSSERL, E. - **A idéia da fenomenologia**. Lisboa, Edições 70, 1986.
- I.C.D.-9<sup>th</sup> Rev. - International classification of the diseases. Genève, **W.H.O.**, 1978.
- INGARDEN, R. - **Das literarische kunstwerk**. Tübingen, Max Niemayer Verlag. In Ramos, 1960.
- IVANKO, - Interpretação materialista da intuição. **Filosofia e Ciências Naturais**. Voronej. In Bazarian, 1965.
- JASPERS, K. - **Psicopatologia general**. Buenos Aires, Edit. Beta, 1955.
- JASPERS, K. - **Escritos psicopatológicos**. Madrid. Edit. Gredos, 1977.
- JAVITT, D. C. & ZUKIN, S. R. - Recent advances in the phencyclidine model of schizophrenia. **Am. J. Psychiatry**. Oct. 148(10): 1301-1308, 1991.
- JUNG, C. G. - **Tipos psicológicos**. Buenos Aires, Ed. Sudamericana, 1954.
- KANT, E. - **Crítica da razão pura**. Trad. V. Rohden e V. B. Moosburger. S. Paulo, Abril Cultural, 1979.
- KANT, O. - Study of a group of recovered schizophrenic patients. **Psychiat. Quart.**, 15, 1941.
- KOLLE, K. - **Die primäre Verrucktheit**. Leipzig, Thieme, 1931.
- KRAEPELIN, E. - **Trattato di psichiatria**. Milão, Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, 1907.
- KRETSCHMER, W. - **Delirio sensitivo paranoide**. Barcelona, Editorial Labor, 1959.
- KUNZ, H. - Die grenze der psychopathologische wahninterpretation. **Z. Neurol.**, 135: 671-715, 1931.
- KUNZ, H. - **Die aggressivitat und die zaertlichkeit**. A. Francke. Berne, AG. Verlag. In Barahona Fernandes, 1946.

- LACAN, J. - **De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad.** Madrid, Siglo XXI Editores, 1976.
- LAROUSSE, D. - **Nouveau Larousse Médical.** Paris, Lib. Lamoine, 1959.
- LASÈGUE, C. - Du délire de persecution. **Arch. de Médecine.** Paris, 1852.
- LAUTERBACH, E.C. - Serotonin reuptake inhibitors, paranoia, and the ventral basal ganglia. **Clin. Neuropharmacol.** Dec. 14(6): 547-555, 1991.
- LEARY, T. - **Interpersonal diagnosis of personality.** New York, The Roland Press Company. In Figueira, 1957.
- LEGRAND DU SAULLE - **Le délire des persécutions.** Paris, Henri Plon, 1871.
- LEME LOPES, J. - **Delírio.** Perspectivas e tratamento. Liv. Atheneu. Rio de Janeiro, 1982.
- LEVINAS, E. - **La theorie de l'intuition dans le phenomenologie de Husserl.** Paris, Alcan, 1930.
- LITTRÉ, É. - **Dictionnaire de médecine.** Paris, Lib. J.B. Bailliére, 1886.
- LÓPEZ-IBOR, J. J. - Percepción y humor delirante. Análise Fenomenológico y Existencial. **Actas Luso-Espanholas de Neurol. y Psiq.,** 12: 89-102, 1953.
- MAGNAN, J. J. V. - Le délire chronique à evolution systematique. Paris, **Enciclopédie du Aide-Memoire,** 144-149, 1892.
- MALTA, D. - **Comunicação Pessoal.** In Paim, Brasília, 1973.
- MARCUSE, H. - **Eros e civilización.** Barcelona, Barral, 1968.
- MARCUSE, H. - **La agressividad en la sociedad industrial avanzada.** Madrid, Alianza, 1971.
- MARTINS, D. S. J. - **Bergson, a intuição como método na metafísica.** Porto, Liv. Tavares Martins, 1957.

- MATOS, E. G. - **Comunicação Pessoal**. Campinas, 1995-1999.
- MATTOS, J. - **A Paranóia**. Lisboa, Liv. Ed. Tavares Cardoso, 1898.
- MATTOS, J. - **Elementos de psiquiatria**. Porto, Chardron, 2a. ed, 1923.
- MATUSSEK, P. - Wahrnehmung, halluzination und wahn. **Psychiatrie der Gegenwart**, tomos 1/2. Berlin, Springer. In Alonso-Fernandez, 1963.
- MAYER-GROSS, W. - **Psiquiatria clinica**. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1958.
- McKENNA, P. J. - Memory, knowledge and delusions. Delusions and awareness of reality. Ed. by A. Sims. **Br. J. Psychiatry**, 159 (suppl. 14) 36:41, 1991.
- McNEMAR, Q. - **Psychological statistics**. (2nd. ed.) New York, Wiley. In Siegel, 1955.
- MELLOR, C. S. - Delusional perception. Delusions and awareness of reality. Ed. by A. Sims. **Br. J. Psychiatry**, 159 (suppl. 14) 104:107, 1991.
- MIRA Y LÓPEZ, E. - **Psiquiatria**. Buenos Aires, Librería El Ateneo Editorial, 1952.
- MOREL, B. A. - **Études cliniques**. Paris, 1857.
- MOREL, B. A. - **Traité des maladies mentales**. Paris, 1860.
- MUNRO, A. - Phenomenological aspects of monodelusional disorders. Delusions and awareness of reality. Ed. by A. Sims. **Br. J. Psychiatry**, 159 (suppl. 14) 62:64, 1991.
- NÁGERA, A.V. - **Tratado de psiquiatria**. Barcelona, Salvat Editores, 1954.
- NOBRE DE MELO, A. L. - **Introdução à psiquiatria**. Rio de Janeiro, Livraria Odeon Editora. 1945.
- NOBRE DE MELO, A. L. - **Psiquiatria, psicologia geral e psicopatologia**. Vol.I, São Paulo, Atheneu Editora, 1970.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (O.M.S.) - C.I.D.-9a.Rev. **Classificação internacional de doenças. Arq. da C.S.M. do Estado de S. Paulo. S. Paulo, XLI (especial): 01-59, 1979.**
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (O.M.S.) - C.I.D.-10ª-Rev. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Trad. e Ed. brasileira: Dorgival Caetano. Porto Alegre, Artes Médicas e O. M. S.,1993.
- PAIM, I. - **Comunicação pessoal.** S. Paulo, 1973-1999.
- PAIM, I. - **Curso de psicopatologia.** São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 2ª-reimpressão da 10ª-edição, 1990.
- PAIM, I. - **Estudos psiquiátricos.** Ed. Solivros. Campo Grande, 1998.
- PAIM, I. - **Fenomenologia da atividade representativa.** São Paulo, Editorial Grijalbo, 2a. edição atualizada, 1972.
- PAIM, I. - **História da psicopatologia.** São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1993.
- PALHA, A. P. - **A epilepsia em psiquiatria.** Porto, Tese, 1985.
- PARMENTER, R. - **School of the soldier.** New York, Profile Press, 1980.
- PEIXOTO, A. - A paranóia e as síndromes paranóides. **Arq. Bras. Psiq. Neurol. e Ciências Afins**, Rio de Janeiro, 1(1): 5-34, 1905.
- PLATÃO - **Diálogos.** 2ª-edição. S.Paulo, Abril Cultural. In coleção os pensadores, 1979.
- POLÓNIO, P. - **Psiquiatria - medicina da pessoa.** Lisboa, Coimbra Editora Ltda., 1978.
- PONOMARYOV, Y. A. - **Psiquismo e intuição.** Moscou. In Bazarian, 1967.
- POPPER, K. R. - **Objective knowledge: an evolutionary approach.** Oxford, Clarendon Press, 1972.

- POPPER, K. R. - **A lógica da pesquisa científica**. S. Paulo, Cultrix, 1977.
- POPPER, K. R. & ECCLES, J. C. - **O cérebro e o pensamento**. Tradução de: The self and its brain (1977). Brasília - Campinas, Ed. Universidade de Brasília - Papiros, 1992.
- POROT, A. - **Manuel alphabétique de psychiatrie**. Paris, PUF, 1965.
- RAMOS, M. L. - **Fenomenologia da obra literária**. 3ª. edição. Rio de Janeiro, Editora Forense-Universitária, 1974.
- ROBERTS, G. - The origins of delusions. **Br. J. Psychiatry**. Sep. **161**: 298-308, 1992.
- ROGERS, M. J. & FRANZEN, M. D. - Delusional reduplication following closed-head injury. **Brain Inj**. Sep.-Oct. **6(5)**: 469-476, 1992.
- ROLDÃO VIEIRA, C. M. - **Comunicação pessoal**. Lisboa, 1975-1995.
- RÜMKE, H.C. - Significado da fenomenologia no estudo clínico dos delirantes. Rio de Janeiro, **Revista de Psiquiatria**, **6**:200-239, 1964.
- SAMUELS, A. - **Jung e os pós-junguianos**. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1989.
- SANDBERG - **Allg. Z. Psychiatr.**, **52**. In Jaspers, 1955.
- SANDER, G. - Über eine speciale form der primäre verrücktheit. **Arch. F. Psychiat.**, **1**:387. In: Matos, Elementos de psiquiatria. Porto, Chardron, 2a. edição, 1868.
- SCHARFETTER, C. - The psychopathological background of AMDP-system. 46-54. In AMDP - System in Pharmacopsychiatry. By Sousa, **o sistema AMDP**, 1983.
- SCHNEIDER, C. - **Die psychologie der schizophrenie**. Leipzig, Thime, 1930.
- SCHNEIDER, K. - Sobre el delirio. "**Symposium sobre esquizofrenia**", Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, 1957.
- SCHNEIDER, K. - **Psicopatologia clínica**. São Paulo, Editora Mestre Jou, 1968.

- SCHNEIDER, K - **Psychopathologie Clinique**. Louvain, Editions Newsletters, 4a. edition, 1976.
- SÉGLAS, J. - La paranoia, historique et critique. **Arch. Neurol.** In Lacan, 1887.
- SÉGLAS, J. - **Leçons cliniques sur les maladies mentales et nevreuses**. Paris, Asselin et Houzeau, 1895.
- SÉRIEUX, P. & CAPGRAS, J. - **Les folies raisonnantes. Le Délire d'Interpretation**. Paris, Félix Alcan, 1909.
- SHEPHERD, M. - Morbid jealousy: some clinical and social aspects of a psychiatric symptom. **J. Mental Science**, 107: 687-704. In Vieira, 1961.
- SIEGEL, S. - **Estatística não paramétrica**. São Paulo. Makron Books e Ed. McGraw-Hill, 1975.
- SIEVER, L. J. - The boundaries of schizophrenia. In Schizophrenia, by P. Powchik and S. C. Schulz II, **The Psychiatric Clinics of North America**, 16(2): 217-244, 1993.
- SILVA, J. A. & LEONG, G. B. - Capgras syndrome in paranoid schizophrenia. **Psychopathology**, 25(3): 147-153, 1992.
- SIMÕES, M. P. - **Consciência do Eu na esquizofrenia paranóide**. Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese, 1992.
- SIMS, A. - **Symptoms in the mind**. An introduction to descriptive psychopathology. Second edition. Third printing. W. B. Saunders Co. Ltd. London, 1996.
- SNELL - Über monomanie. **Allgem. Zeitsch. F. Psych.**, 22. In: Matos, a Paranóia, Lisboa, Liv. Ed. Tavares Cardoso, 1865.
- SOUSA, M. P. - **Comunicação pessoal**. Lisboa, 1975-1995.
- SOUSA, M. P. - O modelo clínico-antropológico de Barahona Fernandes e a problemática epistemológica da psiquiatria. **Mom. Med.**, 20: 14, 1978.

- SOUSA, M. P.; SOUTO LOPES, J.; ROLDÃO VIEIRA, C. - Análise descritivo-estrutural de uma amostra de esquizofrênicos. **Jornal do Médico CII (1878)**: 368-372, 1980.
- SOUSA, M. P. - **O Sistema AMDP**. Manual de documentação e de quantificação da psicopatologia. Lisboa, Ciba-Geigy, 1985.
- SPINOZA, B. - **Ética**. 2ª edição. S.Paulo, Abril Cultural, 1979.
- STEENBERGHEN, F. V. - **História da filosofia**. Período Cristão. Trad. J. M. da Cruz Pontes. 213 p. Lisboa, 1984.
- SULLIVAN, H. S. - **The interpersonal theory of psychiatry**. New York, W.W. Norton and Company. In Figueira, 1953.
- TCHUEIVA, I. P. - **Crítica das idéias do intuitivismo na Rússia**. Moscou-Leninegrado. In Bazarian, 1963.
- TEIXEIRA, A. - **Educação no Brasil**. São Paulo, Cia. Ed. Nacional/INL - MEC, 1976.
- TELLENBACH, H. - **Goute et atmosphère**. Paris, PUF, 1983.
- VAN BUREN, J.V. - The abdominal aura. **Electroenceph. Clin. Neurophysiol.**, 15:1-19. In Palha, 1963.
- VAN DER HOOP, J. - **Bewusstseinstypen**. Huber. Berna, p.49-50. In Bash, 1964.
- VAZ SERRA, A. - **A influência da personalidade no quadro clínico depressivo**. Coimbra. Tese, 1972
- VAZ SERRA, A. - Considerações sobre o ciúme mórbido. **Psiquiatria Clinica**, 3(4): 163-173. In Vieira, 1982.
- VON BAYER, W. - Über konformen wahn. **Z. Neur.**, 140:398. In Jaspers, 1932.
- WESTCOTT, M. R. - Volition is a nag. In Brush & Overmier (Eds.), **Affet, conditioning and cognition: essays on the determinants of behavior** (pp.353-367). Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates, 1985.

WESTCOTT, M. R. - **The psychology of human freedom.** A human science - perspective and critique. New York, Springer - Verlag, 1988.

WITTKOWER, E. D. - Perspectives of transcultural psychiatry. Simpósio Internacional de Psiquiatria Transcultural. **Rev. bras. Psiquiat.**, 2: 61, 1968.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE