



Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Os Caminhos da Esquizofrenia

Dissertação de candidatura ao grau de Doutor, elaborada sob orientação do Professor Doutor Cândido da Agra e co-orientação do Professor Doutor António Fernandes da Fonseca

Carlos Manuel Moreira Mota Cardoso

2000

Bem haja!

Aos meus orientadores, Professores Cândido Agra e Antônio Fernandes da Fonseca, pelo incentivo e pela vivacidade do estímulo.

Ao meu amigo, Professor João Marques Teixeira, pelo generoso apoio científico e moral.

Aos meus companheiros de viagem, pelo "Os Caminhos da Esquizofrenia", dos quais, é justo destacar, o Professor Paulo Morais e o Engenheiro Nelson Freire, pela preciosa ajuda em áreas específicas desta tese.

Ao meu mestre, Doutor Joaquim Augusto de Figueiredo Dias, com quem aprendi a arte de "ver" doentes.

Ao meu amigo, Doutor Bernardo Teixeira Coelho, pela solidariedade recebida.

A todos que, de alguma forma, colaboraram nesta viagem, a minha gratidão.

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	O ENIGMA	1
1.2	DEFINIÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO.....	1
1.3	FUNDAMENTOS DA INVESTIGAÇÃO	2
1.4	MARGENS DO PERCURSO	2
1.5	PERSPECTIVA TEÓRICA	3
1.6	METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	3
1.7	BREVE EXPLICAÇÃO SOBRE O ESQUEMA GERAL DA TESE.....	4
2	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
2.1	FUNDAMENTAÇÃO FILOSÓFICA	14
2.1.1	PERSPECTIVA FILOSÓFICA	14
2.1.2	O “ENGLOBANTE” NA FILOSOFIA DE JASPERS	16
2.1.3	PERCEPÇÃO DOS LIMITES	19
2.1.4	O HOMEM E O MUNDO VIVENCIAL.....	20
2.1.5	VIVER E EXISTIR.....	24
2.1.6	ESSÊNCIA E EXISTÊNCIA.....	31
2.2	AO ENCONTRO DA PERSONALIDADE (CATEGORIAS EXISTENCIAIS)	35
2.2.1	DO INDIVÍDUO À PESSOA (ESTRUTURA DA EXISTÊNCIA)	35
2.2.2	TEORIAS DA PERSONALIDADE.....	37
2.2.3	O CAMPO VIVENCIAL.....	56
2.2.4	ESTRUTURA E DINÂMICA DA PERSONALIDADE	61
2.3	PERSONALIDADE COMO ESTRUTURA. QUEDA PSICÓTICA	65
2.3.1	NORMAL E ANORMAL. INTRODUÇÃO AO PROBLEMA.....	65
2.3.2	ABORDAGEM HISTÓRICA AO CONCEITO DE NORMALIDADE.	67
2.3.3	O NORMAL E O PATOLÓGICO	72
2.3.4	COMO SE INTEGRA À LUZ DA LEITURA EXISTENCIAL O ANORMAL, O DESVIO, O PATOLÓGICO?	79
3	AO ENCONTRO DA NORMA - DO NORMAL AO ANORMAL	83
3.1	A LÓGICA E A REALIDADE INTER-HUMANA COMUM	83

3.2 A PERSONALIDADE ANORMAL 84

3.2.1 A ESQUIZOPATIA..... 85

3.3 A “ANORMALIDADE” COMO SOFRIMENTO..... 85

3.3.1 O SOFRIMENTO..... 85

3.3.2 O ADOECER COMO UMA FORMA DO ANORMAL (ANTROPOLOGIA DO SOFRIMENTO) 88

3.4 O ANORMAL DA PSICOLOGIA E A PSICOLOGIA DO ANORMAL (KARL JASPERS)..... 90

3.5 A PSICOPATOLOGIA CARTESIANA (KURT SCHNEIDER) 91

4 A ESQUIZOFRENIA COMO “ANALISADOR “ DO ADOECER PSÍQUICO 97

4.1 REFLEXÃO SOBRE O CONCEITO DE “ANALISADOR”..... 97

4.2 EXTENSÃO DO CONCEITO DE “ANALISADOR” AO OBJECTO ESQUIZOFRENIA..... 99

4.2.1 A QUESTÃO DO CONCEITO..... 99

4.2.2 ÁREAS DOS SABERES FILTRADAS PELO “ANALISADOR” 101

4.2.2.1 Perspectiva antropológico cultural..... 101

A arte médica. Hipócrates..... 101

A esquizofrenia no contexto da etnopsiquiatria. Laplantine..... 102

4.2.2.2 Perspectiva histórica 103

Elogio da loucura. Erasmo..... 103

História da loucura. Michel Foucault..... 104

4.2.2.3 Perspectiva biológica..... 105

Dos humores à hereditariedade 105

No tempo em que esquizofrenia era ainda a “demência precoce” 106

4.2.2.4 Perspectiva psicológica 107

Sigmund Freud 107

Carl Gustav Jung 107

Harry Stack Sullivan..... 108

Silvano Arietti..... 108

4.2.2.5 Perspectiva sistémica..... 109

Bateson e o grupo de Palo Alto..... 109

Cândido Agra. A dyscomunicação como base da loucura..... 110

4.2.3 O OBJECTO (ESQUIZOFRENIA) FILTRADO PELO “ANALISADOR” 111

4.2.4 O “ANALISADOR” NA NOSOGRAFIA. DA DEMÊNCIA PRECOCE À ESQUIZOFRENIA..... 111

4.2.4.1 Evolução histórica do conceito de esquizofrenia..... 111

4.2.4.2 Definição prática de esquizofrenia..... 113

4.2.4.3 A esquizofrenia nas diversas classificações	113
4.2.4.4 A busca da verdade.....	114
4.2.5 OBSERVATÓRIO DO MUNDO ESQUIZOFRÉNICO.....	115
4.2.6 O CRUZAMENTO DOS CAMINHOS. FALA A ESQUIZOFRENIA.....	137
4.3 AO ENCONTRO DOS SINTOMAS E DO DIAGNÓSTICO	141
4.3.1 COMPREENDER E EXPLICAR A ESQUIZOFRENIA.....	141
4.3.2 O PROCESSO ESQUIZOFRÉNICO EM SI MESMO.....	142
4.3.2.1 Qual a natureza do processo esquizofrénico ?	142
4.3.2.2 Qual o transtorno fundamental ?.....	143
4.3.2.3 A desorganização da funcionalidade vivencial.....	144
4.3.3 SINTOMAS BÁSICOS.....	145
4.3.4 FORMAS CLÍNICAS.....	146
4.3.4.1 Esquizofrenia simples.....	146
4.3.4.2 Esquizofrenia hebefrénica	147
4.3.4.3 Esquizofrenia paranoide	147
4.3.4.4 Esquizofrenia catatónica.....	147
4.3.4.5 Paranóia	148
4.3.4.6 Parafrénia.....	148
4.3.4.7 Forma esquizo - afectiva.....	148
4.3.4.8 Formas residuais	148
4.3.4.9 Evolução da esquizofrenia.....	149
4.4 “OS OLHOS” TRANSLÚCIDOS DA ESQUIZOFRENIA.....	149
4.4.1 A CONTINUIDADE DE SENTIDO	149
4.4.2 O MUNDO DELIRANTE	155
4.4.3 O FLUIR DO DELÍRIO	156
4.4.3.1 Nota prévia	156
4.4.3.2 O delirar na fenomenologia de Jaspers	157
4.4.3.3 Percepção delirante.....	159
4.4.3.4 Convicção delirante	165
4.4.3.5 Análise estrutural e fenomenológica do delírio.....	165
4.4.3.6 Análise topológica do campo vivencial delirante	166
4.4.3.7 A destilação do delírio	177
4.4.3.8 A queda do edifício delirante. “Autópsia dos restos”	177
4.4.4 A QUESTÃO DA FORMA E CONTEÚDO	178
4.5 EXISTÊNCIA NORMAL E ESQUIZOFRÉNICA.....	179

4.5.1	O DISCURSO ESQUIZOFRÉNICO NA ROTA DA EXISTÊNCIA	179
4.5.2	QUAL A ACHEGA DA CLÍNICA PARA O ESCLARECIMENTO DESTA QUESTÃO?	182
5	<u>ESTUDO EMPÍRICO</u>	187
5.1	O RECURSO ÀS HISTÓRIAS DE VIDA E ÀS HISTÓRIAS CLÍNICAS	187
5.2	BREVE COMENTÁRIO SOBRE O TRABALHO EMPÍRICO	187
5.3	O QUE VAI SER ANALISADO	190
6	<u>QUESTÕES DE MÉTODO</u>	193
6.1	A CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA	193
6.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	195
6.2.1	ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DE HISTÓRIAS DE VIDA TÍPICAS QUE ILUSTRAM OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	198
	ALFREDO	198
	CARLOS	207
	CAMILO	223
	ANTÓNIO	230
	MIGUEL	241
	RICARDO	247
6.2.2	EXTRACTOS DE HISTÓRIAS CLÍNICAS NAS QUAIS A EXPERIÊNCIA DELIRANTE, OU A EXPERIÊNCIA APOFÂNTICA, QUANDO EXISTE, PODE NÃO CORRESPONDER AO ADOECER ESQUIZOFRÉNICO	254
	EXEMPLO DE UMA PSICOSE ORGÂNICA	254
	EXEMPLO DE UMA PSICOSE TÓXICA	257
	EXEMPLO DE UMA PSICOSE EPILÉPTICA	260
6.2.3	EXTRACTOS DE HISTÓRIAS CLÍNICAS, COMO EXEMPLOS TÍPICOS DAS DIFERENTES FORMAS DE ADOECER ESQUIZOFRÉNICO SELECIONADAS NA AMOSTRA	262
	EXEMPLO DE UMA FORMA PSEUDO-NEURÓTICA	262
	EXEMPLO DE UMA FORMA AFECTIVA	270
	EXEMPLO DE UMA FORMA ALUCINATÓRIO-DELIRANTE	275
	BREVE REFLEXÃO SOBRE AS HISTÓRIAS RELATADAS	277
6.3	RACIONAL E MÉTODO DE ANÁLISE DO MATERIAL CLÍNICO	278
6.3.1	ANÁLISE FENOMENOLÓGICA	279

<i>Construção de documentos fenomenológicos através da análise das histórias clínicas.....</i>	<i>280</i>
6.3.2 ANÁLISE CATEGORIAL.....	300
6.4 PROCEDIMENTOS RELATIVOS À ANÁLISE DO MATERIAL CLÍNICO	301
6.4.1 EM TERMOS DA IDADE DE APARECIMENTO DOS PRIMEIROS SINTOMAS.....	302
6.4.2 EM TERMOS DA ESTRUTURA DO DELÍRIO	303
6.4.3 EM TERMOS DA EVOLUÇÃO	304
6.4.4 EM TERMOS DA PERSONALIDADE.....	305
6.4.5 EM TERMOS DA PESQUISA DE UM “ALGO” ESPECIFICAMENTE ESQUIZOFRÊNICO	306
 <u>7 RESULTADOS.....</u>	<u>308</u>
 7.1 AMOSTRA	308
7.2 IDADE DE INÍCIO DOS PRIMEIROS SINTOMAS.....	308
7.2.1 IDADE DE INÍCIO DOS SINTOMAS POSITIVOS	309
7.2.2 IDADE DE INÍCIO DOS SINTOMAS NEGATIVOS.....	310
7.3 PERSONALIDADE	311
7.4 BIÓTIPO	313
7.5 DIAGNÓSTICO INICIAL TENDO POR BASE A CLASSIFICAÇÃO CLÁSSICA.....	314
7.6 DIAGNÓSTICO INICIAL SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DINÂMICO – ESTRUTURAL	316
7.7 DIAGNÓSTICO ACTUAL (ÚLTIMA OBSERVAÇÃO), SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO CLÁSSICA..	316
7.8 DIAGNÓSTICO ACTUAL (ÚLTIMA OBSERVAÇÃO) SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DINÂMICO- ESTRUTURAL	317
7.9 A QUESTÃO DO PRIMÁRIO NA PSICOPATOLOGIA E NA FENOMENOLOGIA	318
7.9.1 FENOMENOLOGIA TOPOLÓGICA COLHIDA NO INÍCIO DA DOENÇA.....	321
7.9.2 PSICOPATOLOGIA PRIMÁRIA COLHIDA NO INÍCIO DA DOENÇA.....	322
7.10 CO-MORBILIDADE.....	323
7.11 ANÁLISE DA AGREGAÇÃO DE VARIÁVEIS EM CONJUNTOS SINDROMÁTICOS	326
7.12 ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO HIERÁRQUICA DOS SINTOMAS DENTRO DE CADA GRUPO.....	331
7.13 CORRELAÇÕES ENTRE CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E CLÍNICAS	333
7.14 SÍNTESE.....	336
 <u>8 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u>	<u>339</u>
 8.1 O GRUPO DE DOENTES ESTUDADO.....	339
8.2 ANÁLISE GLOBAL DOS VÁRIOS PARÂMETROS CLÍNICOS.....	339

8.2.1 DATA DE INÍCIO DOS PRIMEIROS SINTOMAS EM FUNÇÃO DA IDADE..... 342

8.2.2 OS PRIMEIROS SINTOMAS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS 344

8.2.3 A PERSONALIDADE PRÉ-MÓRBIDA 347

8.2.4 A EVOLUÇÃO 351

8.2.5 A PROCURA DUM “ALGO” ESPECIFICAMENTE ESQUIZOFRÉNICO 354

9 OS CAMINHOS ENCONTRADOS 363

9.1 FORMAS NUCLEARES (GESTÁLTICAS) 364

9.2 FORMAS AFECTIVAS 371

9.3 FORMAS ALUCINATÓRIO-DELIRANTES..... 373

9.4 FORMAS REACTIVAS (REACÇÕES E DESENVOLVIMENTOS) 374

9.5 FORMAS TÓXICAS, SINTOMÁTICAS, EPILÉPTICAS E ORGÂNICAS..... 375

10 CONCLUSÕES 377

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 383

12 APÊNDICE 389

12.1 ELEMENTOS ESTATÍSTICOS..... 389

12.2 FORMULÁRIO DA BASE DE DADOS..... 400

Figura 1- Topologia do campo vivencial.	60
Figura 2– Marcos históricos do estudo da esquizofrenia.	112
Figura 3 – Demência precoce.....	116
Figura 4 – Kraepelin e Bleuler – Principais diferenças.....	117
Figura 5 - Eugen Bleuler – A patologia do psicológico. Tríada sintomática.....	118
Figura 6 – K. Schneider. A psicologia do patológico. Ordenação dos sintomas.....	121
Figura 7 - «Metagénesse».....	122
Figura 8 – Lopez Ibor. Análise dos sintomas de 1º ordem.	124
Figura 9 – O delírio de acordo com as diferentes condições evolutivas.....	125
Figura 10 – Organodinamismo de Henri Ey.....	126
Figura 11 – Personalidade delirante de Henri Ey.....	126
Figura 12 – O autismo na esquizofrenia. De Bleuler a Henri Ey.	127
Figura 13 – Perspectiva dinâmico-evolutiva de Klaus Conrad.	130
Figura 14 – Estruturação do campo vivencial.	130
Figura 15 – O mundo esquizofrênico de Conrad.	132
Figura 16 – Apofania. Graus das vivências.....	134
Figura 17 – A perspectiva evolutivo-estrutural de Fernandes da Fonseca.....	135
Figura 18 - Observatório da esquizofrenia.....	137
Figura 19 – Arqueologia dos saberes psiquiátricos.....	140
Figura 20 – A natureza do processo esquizofrênico.	142
Figura 21 – Transtorno fundamental esquizofrênico.	143
Figura 22 – Sintomas primários e secundários.	145
Figura 23 – Sintomas positivos e negativos.....	146
Figura 24 – Formas clínicas.	148
Figura 25 – Evolução da esquizofrenia.....	149
Figura 26 - Relações de sentido em psicopatologia.....	154

Figura 27 - Total de 210 doentes (102 homens e 108 mulheres). 193

Figura 28 - Racional da análise do material clínico. 278

Figura 29 – A vertente somática e psíquica..... 288

Figura 30 – Distribuição dos doentes por sexo..... 308

Figura 31 – Idade de aparecimento dos primeiros sintomas. 308

Figura 32- Idade de aparecimento dos primeiros sintomas positivos..... 309

Figura 33 - Idade de aparecimento dos primeiros sintomas negativos. 311

Figura 34 – Distribuição das personalidades pela amostra. 313

Figura 35 – Distribuição dos biótipos pela amostra. 314

Figura 36 – O diagnóstico inicial baseado na classificação clássica. 315

Figura 37 - O diagnóstico inicial baseado na classificação dinâmico-estrutural..... 316

Figura 38 - O diagnóstico actual baseado na classificação clássica..... 317

Figura 39 - O diagnóstico actual baseado na classificação dinâmico-estrutural. 318

Figura 40 – Distribuição de algumas doenças somáticas pela amostra..... 324

Figura 41 – Adição ao álcool e ao tabaco e a relação deste último com as doenças
respiratórias..... 325

Figura 42- Movimento final dos *clusters* encontrados. Deduções clínicas
correspondentes..... 331

Figura 43 - Relações encontradas entre as diversas personalidades e os diferentes
tipos de esquizofrenia, tendo por base a classificação dinâmico-estrutural..... 334

Figura 44 - Relações encontradas entre o tipo de início da enfermidade e os
diferentes tipos de esquizofrenia, tendo por base a classificação dinâmico-
estrutural..... 335

Figura 45 - Relações encontradas entre as formas inicial e actual da esquizofrenia,
tendo por base a classificação dinâmico-estrutural..... 336

Figura 46 – Distribuição das 3 amostras segundo a idade. 341

Figura 47 – Relação entre o tipo de início da psicose e o tipo de defeito. 353

Figura 48 – A decomposição do pensamento delirante..... 360

Figura 49 - Os caminhos da esquizofrenia.....379

Tabela 1 – Distribuição pela amostra dos diversos sintomas com base na fenomenologia topológica.	321
Tabela 2 – Distribuição pela amostra dos diversos sintomas primários no início da enfermidade.	322
Tabela 3 – Doenças Somáticas. Percentagem na população geral e na amostra.....	325
Tabela 4 – Dependências de álcool e tabaco na população geral e na amostra.....	326
Tabela 5 – Fenomenologia Topológica: Análise factorial e análise de componentes principais.....	327
Tabela 6 – Psicopatologia Primária Inicial: Análise factorial e análise de componentes principais.....	328
Tabela 7 – Matriz de correlações (Fenomenologia Topológica).....	332
Tabela 8 - Matriz de correlações (Psicopatologia primária).	332
Tabela 9 – Dos componentes principais aos clusters. Formas clínicas.....	344
Tabela 10 - A evolução na forma de início Pseudo-Neurótica.....	352
Tabela 11 - A evolução na forma de início afectivo.....	352
Tabela 12 - A forma de início na esquizofrenia alucinatório-delirante.	353

Introdução

1 Introdução

1.1 O enigma

A razão de ser deste trabalho reside na circunstância de a esquizofrenia ser uma doença cuja incidência se mantém constante ao longo dos séculos (0,5 a 1%) e que, em grande parte, evolui para a cronicidade (Kraepelin - demência precoce). O seu aparecimento frequente na juventude, o facto de atravessar, sem grandes oscilações na sua incidência, praticamente todas as sociedades, independentemente das raças, etnias, culturas e níveis sócio-económicos, os enormes custos sociais que acarreta bem como o espesso manto de interrogações etiopatogénicas que continua a amortilhar a intimidade da doença, justificam todas as investigações a seu respeito.

1.2 Definição do objecto de estudo

O problema da esquizofrenia parece constituir hoje em dia a questão mais grave da patologia mental de carácter evolutivo; excluem-se, obviamente, os estados deficitários e as degenerescências neurofisiológicas.

O esclarecimento deste problema só poderá, certamente, ser atingido, não só a partir dum conhecimento científico-clínico das formas iniciais da esquizofrenia, mas também dum estudo, tão rigoroso quanto possível, do evoluir da doença, particularmente nos planos psico-físico, psico-biológico e psico-social.

Historicamente, a definição do conceito de doença esquizofrénica, tem-se orientado por teses discursivas, centradas em estudos de carácter essencialmente psicopatológico, estudos cujo vector fundamental assenta na evolução da doença, análise das formas clínicas, e, muito particularmente, das formas iniciais do adoecer esquizofrénico.

O último trabalho científico com notoriedade internacional que, em relação às formas iniciais da esquizofrenia, se mostrou útil no estabelecimento de regras semiológicas, destinadas ao diagnóstico precoce da doença, data de há mais de

trinta anos e deve-se ao investigador português António Fernandes da Fonseca.

O facto de ter sido português um dos mais interessantes trabalhos nesta área nas últimas décadas, a necessidade cada vez mais premente do diagnóstico precoce (por razões fundamentalmente terapêuticas) e o interesse (essencialmente clínico) em decifrar o (ou os) caminhos da esquizofrenia, acenderam em nós a luz da curiosidade científica e forneceram-nos o estímulo para encetar uma investigação que visasse o esclarecimento possível destas questões.

1.3 Fundamentos da investigação

Considerando que os avanços terapêuticos dos últimos 20 anos, particularmente no campo da psicofarmacologia, provocaram, necessariamente, acentuadas metamorfoses, não só nos tradicionais quadros clínicos, mas, muito particularmente, nas formas iniciais do adoecer esquizofrénico; considerando, ainda, que assistimos hoje a novas formas clínicas, provavelmente relacionadas com o fenómeno da toxicodependência, propomos:

Reinvestigar algum do material clínico, porventura ainda existente, que serviu de base ao estudo do Prof. Fernandes da Fonseca, e, confrontá-lo com novos casos, no sentido de verificarmos, ainda hoje, a validade das conclusões então tiradas.

Em relação às psicoses tóxicas, sintomáticas, epiléticas e orgânicas (particularmente aquelas que evoluem com um perfil esquizofreniforme), tentar investigar o ponto de ruptura, isto é, avaliar a possível acção dos factores patogénicos na mobilização de eventuais factores constitucionais, endógenos, psicológicos ou outros.

1.4 Margens do percurso

Privilegiaremos como método de trabalho essencialmente a observação clínica.

A análise e a interpretação de todo o material clínico recolhido, será orientada por caminhos ecléticos de investigação, mas sempre balizados por dois tipos de critérios: científico naturais por um lado e clínico fenomenológicos pelo outro.

1.5 Perspectiva teórica

Seremos fieis à nossa formação e seguiremos a linha fenomenológico-estrutural, numa perspectiva antropológico-existencial. Palmilharemos os caminhos da esquizofrenia guiados preferencialmente pela bússola interpretativa da psicologia topológica.

A bibliografia mais citada assentará nos mestres da escola alemã, Karl Jaspers, Kurt Schneider e Klaus Conrad. Honrarei igualmente, no plano bibliográfico, os mestres ibéricos Lopez Ibor, Barahona Fernandes, Fernandes da Fonseca, Manuel de Azevedo Fernandes e Henrique Gomes de Araújo.

1.6 Metodologia de investigação

Para além dos dados apontados, que aconselham mais estudos neste sector da saúde mental, existe a circunstância do seu diagnóstico precoce ser difícil, a ponto do próprio *DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition)*¹ considerar que só se pode fazer um diagnóstico seguro de esquizofrenia após 6 meses de evolução da doença. No entanto, é exactamente durante os 6 meses iniciais que as terapêuticas intervencionistas poderão ter acção eficaz, no sentido da preservação da personalidade, porque 6 meses de evolução sem tratamento, conduz, quase sempre, à deterioração e degradação da personalidade. Considerando estes aspectos, pareceu-nos que o ponto fulcral em que devemos atacar a investigação neste campo, assenta no estudo da personalidade e na análise do eclodir inicial da doença. Até hoje, os trabalhos mais proveitosos neste sentido foram, em nossa opinião, os trabalhos de Klaus Conrad e de Fernandes da Fonseca, mas, tais trabalhos, apesar de interessantes e profícuos, não foram inteiramente coincidentes nos seus resultados. Conrad concluiu por uma organização homogénea do delírio nas formas iniciais da esquizofrenia, enquanto que Fernandes da Fonseca concluiu por uma organização heterogénea, embora, na maioria dos casos a que chamou esquizofrenia pseudo-neurótica, haja também uma evolução homogénea na

¹ DSM IV (1996): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition. American Psychiatric Association - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – Climepsi Editores, 4ª Edição, Lisboa. Pg. 280 – 284.

organização delirante. Porém, em quase 50% das formas iniciais de esquizofrenia o delírio organiza-se, segundo o autor português, através de outros caminhos psicopatológicos. Parece-nos então que a orientação a seguir, no sentido de aclarar esta problemática, será a do estudo das formas iniciais do adoecer esquizofrénico, segundo eixos mais esclarecedores. E, assim, entendemos que, para além dos eixos utilizados por Fernandes da Fonseca na sua perspectiva dinâmico-estrutural, em que foram considerados a data de início dos primeiros sintomas e as características clínicas desses mesmos sintomas, haverá que tomar em linha de conta o tipo de personalidade prévia e as formas de evolução ao fim de 6 meses.

1.7 Breve explicação sobre o esquema geral da tese

O longo julgamento clínico que as perturbações mentais têm sofrido ao longo da história das neuro-ciências, justifica uma abordagem ecléctica e abrangente, tão ampla quanto possível, de tipo multidisciplinar.

E se deverá ser assim em quase todos os grupos nosográficos que se relacionam com o comportamento humano, deverá ser muito mais assim naquele grupo a que ainda chamamos esquizofrenia (ou esquizofrenias), do qual apenas suspeitamos uma causalidade somática (*somatosis*) e hipotéticas patogenias que se presumem emergir de transtornos biodinâmicos vários, como sejam, a “redução do potencial energético”², a “hipotonia da consciência”³, o “relaxamento do arco intensional”⁴ ou o “vazio dinâmico”⁵.

Não admira, portanto, que o conceito de esquizofrenia tenha estado permanentemente sujeito a acertos diversos, de acordo com os avanços científicos, que, infelizmente, se têm resumido a aspectos particulares, quase sempre ancorados ao sector terapêutico (biológico e psicofarmacológico), com indiscutíveis repercussões positivas no campo do diagnóstico.

Para ilustrarmos as dificuldades conceptuais nesta área clínica dos

² Conrad, Klaus (1963): *La Esquizofrenia Incipiente*, Editorial Alhambra, México, Pg.155.

³ Nágera, A. Vallego, *Tratado de Psiquiatria*, 3ª Ed., Salvat S.A., Madrid, Pg. 571.

⁴ Conrad, K. *Ibiden.*, Pg. 152.

⁵ Fernandez, Alonso. *Fundamentos da Psiquiatria Actual*, Ed. Paz Montalvo, Madrid, Pg. 320.

transtornos mentais, transcrevemos, na íntegra, o que nos diz o *DSM IV*⁶ a respeito do diagnóstico da esquizofrenia:

“As características essenciais da Esquizofrenia são um conjunto de sinais e sintomas característicos (tanto positivos como negativos) que estiveram presentes uma importante parte do tempo durante um período de um mês (ou um período mais curto no caso de um tratamento bem sucedido), com alguns sinais de perturbação persistindo durante pelo menos seis meses (Critério A e C). Estes sinais e sintomas estão associados a uma marcada disfunção social ou ocupacional (Critério B). A alteração não é devida a Perturbação Esquizo-afectiva ou a uma Perturbação do Humor com Características Psicóticas e não é devida a efeitos fisiológicos directos de uma substância ou estado físico geral (Critérios D e E). Em sujeitos com o diagnóstico prévio de Perturbação Autística (ou outra Perturbação Global do Desenvolvimento), o diagnóstico adicional de Esquizofrenia, está apenas garantido se as ideias delirantes dominantes ou alucinações estiverem presentes pelo menos durante um mês (Critério F). Os sintomas característicos de Esquizofrenia envolvem um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais que incluem percepção, pensamento indutivo, linguagem e comunicação, comportamento, afecto, fluência e produção do pensamento e discurso, capacidade hedónica, vontade, comportamento e atenção. Nenhum sintoma isolado é patognomónico de Esquizofrenia; o diagnóstico envolve o reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas associados à incapacidade ocupacional ou funcionamento social”.

Como facilmente se infere da análise dos limites conceptuais da esquizofrenia que constam no “Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais” da *American Psychiatric Association*, o diagnóstico faz-se mais pela negativa do que pela positiva, isto é, faz-se mais por aquilo que não é esquizofrenia do que por aquilo que é. Senão vejamos: enquanto os critérios A (sintomas característicos), B (disfunção social e ocupacional) e C (duração), funcionam pela presença, quer dizer quando existem e cumprem certa forma de manifestação apontam para o diagnóstico, já os critérios D (exclusão de perturbação esquizo-afectiva ou do

⁶ DSM IV (1996): Op. cit., Pg. 280 – 284.

humor), E (exclusão de perturbações relacionadas com ingestão de substâncias ou perturbações físicas) e F (relação com a perturbação global do desenvolvimento), funcionam de forma negativa ou condicional, isto é, só estamos diante duma esquizofrenia se não se observarem certas condições.

E se a conceptualização é assim fluida no que concerne ao aspecto de presença ou ausência de certos pressupostos para o diagnóstico, ela é ainda muito mais imprecisa quando se avaliam aspectos de natureza subjectiva, como sejam os fenómenos psicopatológicos ligados à vida afectiva e ao pensamento, quer no aspecto formal quer no aspecto temático (conteúdo).

Daí a necessidade (sentida) de uma abordagem de tipo estrutural e fenomenológico (método que, pensamos, nos permite aproximar o mais possível da verdade), com a finalidade de garantir um mínimo de validade científica ao estudo que ora vamos encetar.

Assim, dividimos o corpo do nosso trabalho em três grandes partes.

Parte Primeira - As fundações filosóficas da investigação.

Nesta primeira parte abordaremos os aspectos antropológicos, procurando desenhar o percurso do homem enquanto essência e existência de algo que viaja na vida através dum movimento que começa na matéria e termina na transcendência. Não faltam argumentos para justificar tal opção; de entre todos, respigamos apenas o seguinte: o delírio, sintoma nuclear da esquizofrenia, pode aparecer em inúmeras situações da vida, não só psicótica, mas também em certas circunstâncias da vida psicológica normal; recordamos os delírios de referência ligados a quadros reactivos em pessoas normais, em personalidades com traços psicopáticos (especialmente paranoides ou sensitivos), em epiléticos, em doenças somáticas, em quadros psico-orgânicos, nalguns síndromes não esquizofrénicos como expressão da satisfação de desejos (delírio erótico dos maníacos) e, evidentemente, também em esquizofrénicos. Para uma análise minimamente correcta do delírio esquizofrénico, e, sobretudo, para um entendimento do acontecer vivencial reactivo e também psicótico e até psicopático, torna-se necessário promover uma análise estrutural, não só do

campo situativo, para tentar esclarecer a essência dos transtornos referidos, mas também uma incursão aos meandros da existência, por forma a compreender a ambiência de cada homem e as condições de vida que envolvem a queda psicótica. Daí, a nossa opção pela fenomenologia antropológica. Daí também a viagem pelos fundamentos filosóficos da fenomenologia e da antropologia.

A esquizofrenia corresponde a uma forma específica de “estar no mundo”. Cada homem conhece, por experiência directa e imediata o seu próprio mundo. Só conhece o mundo dos outros de forma mediata; isto é, intui a respeito do que seja o mundo alheio ao seu. Porém, o facto elementar de viver com os outros e portanto conviver, abre-lhe, em circunstâncias psicológicas normais, uma arquitectura espacial, temporal e situativa, que se revela sobreponível aos demais companheiros de vida. Mas, para além do simples facto de viver e conviver, o homem também possui essa particular sobrecarga da vida humana que se chama o existir. Isto é, saber que vive, saber que morre, e, sobretudo, saber que é ele próprio que sabe tudo isto, saber que ele é o autor inalienável da sua própria vida. Numa palavra ele (homem) é sede de uma liberdade que lhe garante, não só a coerência biográfica, mas também e, particularmente, o livre arbítrio e, no auge da sua liberdade, a verdadeira transcendência. Ora, nalgumas circunstâncias existenciais, particularmente na esquizofrenia, tais atributos, privativos da vida humana, estão ameaçados e, às vezes mesmo, alienados. Se conseguíssemos mergulhar nestas existências perturbadas, tal qual mergulhamos, embora de forma mediata, nas existências dos outros que connosco coexistem, o que contemplávamos? Que surpresas nos reservavam esses mundos? Será que esses mundos se aproximam do “mundo em si”, despido da lógica comum e, portanto, das projecções que cada um faz do mundo dos outros, uma vez que não é um mundo partilhado, a não ser pelo próprio (sujeito) e quase sempre de forma fracturada?

Temos, assim, reunidas as condições teóricas mínimas para podermos aceder à análise de certas categorias existenciais, das quais se destacam as personalidades. Optámos, em relação a esta complexa categoria, por seleccionar e escalonar, na coordenada temporal, os diversos conceitos, aproveitando naturalmente aqueles que melhor servissem os nossos modelos metodológicos.

De seguida abordámos a questão do normal, do anormal e do sofrimento. Pelo caminho do anormal, aproximámo-nos do patológico e, dentro deste do psicótico. Hei-nos, finalmente, diante da doença esquizofrénica.

Parte segunda – Ao encontro da existência pelo caminho da psicose.

Neste parte, tocaremos, de forma macroscópica, os aspectos básicos da clínica psiquiátrica clássica; contemplaremos, em jeito de voo rasante as figuras, os conceitos e os marcos científicos que orientaram o caminho da esquizofrenia até à porta do III Milénio.

A esquizofrenia revela-se talvez a única condição humana na qual, em circunstâncias muito específicas, a complexa “máquina psíquica” se decompõe em peças, desintegrando-se num conjunto de elementos passíveis de serem expostos à contemplação fenomenológica e, por consequência, ao estudo psicopatológico. Aí se pode analisar, por exemplo, a vontade desinserida do sector afectivo ou cognitivo, o juízo desinserido da lógica comum, ou a vida sensorial desinserida dos sectores funcionais dos quais dependem. Aí se pode igualmente observar como a independência funcional (mínima embora) dos vários sectores da vida psíquica, pode ser pervertida, pondo singularmente em causa os rendimentos normais da mente. Assim, numa existência normal, não obstante haver alguma independência funcional dos vários sectores da vida psíquica, quer dizer, não obstante podermos falar de inteligência, memória, emoções, sentimentos, representações, iniciativa, vontade, etc., fazemo-lo, certos do artificialismo do isolamento dos diversos segmentos da mente. A actividade mnésica está intimamente ligada à vida afectiva, a vontade à iniciativa, a inteligência à intuição e assim por diante. Porém, na esquizofrenia, esta aparente independência funcional, integrada num todo que constitui a mente humana, sofre um desvio radical; cada função age por si própria ou mistura-se com outras funções. Tal como o relojoeiro diante dum relógio desmontado, também o psiquiatra ou o psicólogo diante dum esquizofrénico tem o ensejo (único) de contemplar a memória, a consciência, a actividade motora ou o mundo perceptivo de alguém.

Esta reflexão, a respeito do mundo psicótico, levou-nos a usar o “método arqueológico” e o “método epistemológico”, por forma a fazer falar a esquizofrenia. Lançámos então um olhar diacrónico sobre o evoluir do conceito da enfermidade na linha da história. Tentámos encontrar as “raízes” dos saberes sobre a esquizofrenia com vista à sua delimitação clínico-fenomenológica, promovendo análises críticas aos modelos e teorias que se dispersaram nos tempos, nos espaços e nos conceitos. Aliás, foi esta constatação que nos acendeu a curiosidade científica de procurar a matriz sindromática primária que, certamente, estará na base da configuração da enfermidade e que tão persistentemente tem escapado às tentativas de delimitação.

Parte terceira – A busca dos caminhos psicóticos.

Hei-nos, então, num caminho cientificamente arriscado: submeter as nossas análises qualitativas, de tipo clínico-fenomenológico, à prova estatística. Tentámos, através desta metodologia, dar um pouco mais de consistência à análise clínico-fenomenológica. Numa palavra, tentámos desenvolver um método cuja abordagem e aplicação se resume a uma análise quantitativa do qualitativo. Tal método, guiou-nos, através dum estudo empírico, pelos caminhos da esquizofrenia, até à procura de respostas que satisfizessem as perguntas que formulámos e que constituíram o objecto da nossa investigação. Foram estas as questões formuladas:

1 – Qual a idade média dos doentes aquando do aparecimento dos primeiros sintomas? Essa idade varia com a diversidade do material clínico em estudo?

2 – Quais as características clínicas dos sintomas numa perspectiva fenomenológica e estrutural?

3 – Que personalidades pré-mórbidas estão implicadas no processo psicótico e qual a possível interferência daquelas na forma e no conteúdo delirante?

4 – Qual ou quais as trajectórias evolutivas ao fim de seis meses?

5 – O que existe (se existe) de “especificamente esquizofrénico”?

Parte Primeira

As fundações filosóficas da investigação

2 Enquadramento teórico

Geralmente, ao falar-se do homem, utiliza-se a expressão no seu sentido mais abstracto. O homem que não tem lugar, nem tempo, nem sexo, nem dor, simplesmente o homem, aquele pingo de substância racional no qual toda a humanidade foi contraída e assim elevada, pela espírito, ao cume da abstracção. Não é esse o homem que nos vai ocupar nesta obra, mas sim o ser concreto que se angustia, que padece, que ri e chora. “O homem de carne e osso, aquele que nasce, sofre e morre – sobretudo o que morre - , aquele que come e bebe e pensa e quer, o homem a quem vemos e ouvimos”⁷.

Ora, é esse homem concreto, de carne e osso, que, por circunstâncias as mais diversas, num dia infeliz, resolve (?) guinar o seu móvel existencial (a vida e a existência) numa direcção, frequentemente trágica, oblíqua em relação à norma. E só esse homem concreto, como adiante veremos, é, a um só tempo, vítima e protagonista da fuga, episódica ou permanente, à lógica comum, à lógica que formata todos os homens e todas as mulheres mentalmente saudáveis; só ele é capaz de seguir outro caminho, galgando (frequentemente apreensivo e perplexo) a valeta esquizofrénica.

Antes porém de retratarmos o homem concreto das nossas histórias, iremos deixar cair os olhos e o espírito sobre a *fábrica das coisas da vida*, das coisas que constituem os mundos individuais de cada um, a começar por essas coisas tão íntimas que compõem os seus corpos; tentar descobrir aí, no invólucro que os transporta na vereda da vida, algo que por ventura afecte o conteúdo existencial do mundo psicótico. Porém, o corpo, mesmo animado, mesmo reflectindo saúde e força, não esgota a vida e muito menos preenche plenamente a existência. É apenas um pressuposto (necessário mas não suficiente) para esta. Torna-se então imperioso contemplar, à luz da fenomenologia (o método por nós escolhido), a trajectória existencial de cada homem e de cada mulher que compõe a amostra do nosso estudo. Caminharemos escutando sempre a voz dos mestres, mas também

⁷ Unamuno, Miguel de (1912): *Do Sentimento Trágico da Vida*, Ed. Relógio d'Água, Pg.7.

filosofando, porém filosofando no trilho dos sentimentos, regidos pelo “Deus sentimental ou volitivo, projecção no infinito interior, do homem dotado de vida, do homem concreto de carne e osso”⁸, do homem, ele próprio capaz de adoecer.

2.1 Fundamentação filosófica

2.1.1 *Perspectiva filosófica*

Porquê observar a esquizofrenia através da filosofia?

Porque na psicose, designadamente na esquizofrenia, estão perturbadas as relações do homem com o mundo. Pareceu-nos então, que, para descermos até à intimidade do adoecer, seria de toda a conveniência sondar as malhas do mundo subjectivo e substantivo do homem (ambos infinitamente grandes). Como? Tentando descortinar, por detrás de cada existência, o fio condutor, o compromisso que cada um tem com a vida, a direcção assumida, as vicissitudes dos eventuais desvios (incompreensíveis) de direcção; enfim, tentando ouvir os sons dos teares que tecem as linhas que ligam cada homem a si mesmo e ao seu mundo.

Refractaremos também a luz negra que inunda os salões escuros de algumas existências perturbadas, especulando e filosofando ao redor dos fenómenos que se manifestam e que se vislumbram através das frestas eventualmente abertas na consciência psicótica. É esta a base da atitude fenomenológica, uma das raras formas de observação que pode penetrar até ao cerne da vivência. Aliás, se pesquisarmos a ascendência indo-europeia e grega do termo fenómeno, encontramos três núcleos de significados que nos conduzem às expressões portuguesas seguintes: 1º núcleo - defenestrar (*de-fenestrar*), fresta – a abertura que nos permite “ver” o fenómeno; 2º núcleo - faísca, fogo – a luz que o ilumina; 3º núcleo - fenótipo, fantoche – aquilo que se manifesta; os três núcleos apontam, etimologicamente, para significados que lembram, respectivamente, os seguintes sentidos: 1º núcleo – abertura (recordemos a palavra francesa *fenêtre*); 2º núcleo – luz, clareza; 3º núcleo – algo que aparece, que se manifesta.

⁸ Unamuno, M. (1912): Op. cit., Pg. 9.

Portanto, usar a fenomenologia como método de estudo, é equivalente a usar uma lupa para analisar os objectos sem qualquer corante ou produto de contraste.

O facto de falarmos de consciência perturbada, pressupõe, evidentemente, uma consciência não perturbada. No plano antropológico toda a consciência é batida por uma aragem de algum sofrimento, aquilo a que se chama angústia existencial, que vem a ser uma experiência universal que arranca o seu fundamento da confrontação permanente de cada um com o drama do nada da não-existência. É claro que, no estudo que nos ocupa, restringimos o sentido de consciência perturbada, à consciência em sofrimento psicótico, e, dentro deste, a uma parcela que emerge do acontecer esquizofrénico.

Também, quando falamos de consciência, fazêmo-lo no sentido antropológico-existencial – saber acerca de si mesmo e do mundo envolvente (*être conscient*)⁹. E, neste sentido, só o homem tem consciência, isto é, só o homem se reconhece a si mesmo como um ser biograficamente coerente, sempre relacionado com as coisas e sempre pronto a integrar essas mesmas coisas (vindas elas do mundo interno ou do mundo externo) numa unidade pessoal; ser consciente é “saber à cerca de si mesmo e do mundo”¹⁰. Cada homem tem portanto um mundo privado, mais do que privado, privativo, que ele próprio foi elaborando e construindo. A consciência de si mesmo emerge do próprio eu no sujeito vigil e lúcido como uma evidência imediata: “eu sou eu mesmo”¹¹.

O eu está assim vinculado ao mundo e esta ligação é naturalmente parte integrante da realidade. Entende-se por realidade, neste sentido, não só o mundo concreto e objectivo, mas também o mundo humano com o qual convivemos e o nosso próprio mundo interior.

A alienação do eu consiste numa flagrante perturbação relacional do homem com o mundo, e, por consequência, numa perversão do juízo de realidade.

No homem psicótico, designadamente no homem esquizofrénico, quase

⁹ Ey, Henri. (1977): Em: Scharfetter, Ch. *Introducción a la Psicopatología General*, Ediciones Morata, S.A., Madrid, Pg. 53.

¹⁰ *Ibidem.*, Pg. 53.

¹¹ *Ibidem.*, Pg. 67.

sempre está perturbada esta relação, quer no sentido da revertência do mundo sobre o eu quer no sentido inverso. Da intimidade destas relações, por ora analisadas no plano filosófico e também do conceito de realidade, variável sempre patologicamente *tôcada* no processo esquizofrénico, falaremos adiante.

Dos muitos autores que sobre estes aspectos se debruçaram, escolhemos um em particular, Karl Jaspers, por forma a iluminar com a sua luz, o nosso caminho de estudo, sem prejuízo, evidentemente, de outros autores, aos quais recorreremos sempre que julgarmos necessário.

2.1.2 O “englobante”¹² na filosofia de Jaspers

Infinitas coisas no mundo vêm e vão, aparecem e desaparecem, perfilam-se diante dos nossos olhos e ocupam, prolongada ou transitoriamente, a nossa consciência. Qual a matéria ou não matéria, viva ou inanimada, que liga ou suporta as coisas do mundo?

Em primeiro lugar, existem as mais diversas concepções do mundo; desde o materialismo mais puro (tudo que existe é matéria e a diversidade corresponde aos múltiplos estados da mesma), até ao espiritualismo mais vivo (tudo é espírito e as coisas materiais são apenas aparências). Entre estes dois pólos, desdobram-se distintas formas de ver o mundo. Na antiguidade a matéria prima era a água e o fogo. Nos nossos dias é a cibernética e a informática. Estas visões do mundo têm as suas razões e os seus fundamentos, porém, todas elas apreendem apenas e só um pedaço da realidade; logo, nenhuma está absolutamente certa. Contudo, todas elas têm um denominador comum; as coisas, os objectos, são apreendidos pelo eu como algo que a ele (eu) se opõe. Isto é, face às coisas há um alguém (eu) que as percebe e com as quais se relaciona, embora em permanente contraste com elas (oposição). O livro que está diante de mim é algo que me enfrenta como objecto que é e para o qual eu me dirijo através do pensamento. Sempre que estou desperto não posso desembaraçar-me das coisas que ocupam a minha consciência, sejam elas coisas

¹² Jaspers, Karl (1985): *Iniciação Filosófica*, 7ª ed. em língua portuguesa, Guimarães Editores Lda, Pg. 29.

correntes do mundo sensorial (pássaros, pedras, estrelas), sejam coisas simbólicas (números, palavras), sejam coisas valorativas (belo, bem, liberdade). Enfim, sempre, em todas as circunstâncias, em todas as situações, o homem está relacionado com as coisas e estas, não obstante ocuparem momentaneamente o espaço da consciência, aparecem frente ao eu como algo que o defronta.

Quando alguém se pensa a si próprio, isto é, quando o eu pensante se objectiva em relação a si mesmo, cria-se uma dificuldade intransponível, pois o objecto pensado dilui-se no sujeito pensante, destruindo-se assim a condição prévia do objectivável: confrontação, eu - objecto. Isto é, o objecto (que sou eu neste exercício reflexivo) perde a sua qualidade de objecto quando objectivado por mim. Da mesma forma eu (sujeito) mergulho e afogo-me no objecto regressando à superfície sempre com ele sem a ele me opor e, portanto, sem de facto o objectivar realmente. Jaspers chama a esta situação *cisão objecto – sujeito*. É tão natural este fenómeno, está tão arreigado arquetipicamente à nossa existência que o encaramos como uma evidência e nem nele pensamos. Como escreveu Karl Jaspers, citando uma reflexão de Schopenhauer “não há objecto sem sujeito nem sujeito sem objecto”¹³. Ora, o ser absoluto, o ser na sua totalidade não pode ser objecto nem sujeito. O livro verde para o qual eu volto os meus olhos só existe para mim, só é objecto e assim objectivável na medida em que eu (sujeito) o aprecio (apreendo). Eu sou o sujeito do livro verde. Mas eu também só me realizo (existo) na medida em que me relaciono com as coisas que me envolvem, com o livro verde e todos os livros com os quais contactei, bem como com todas as coisas que povoaram e povoam o meu mundo e que compõem a minha existência. Não é possível conceber o homem mergulhado no total vazio e na inconcebível ausência das coisas. Mas, afinal, as coisas estão ali e eu aqui. O que me liga a elas? O que me envolve neste jogo relacional? Onde está, de facto o ser na sua integridade? Está no “englobante”. O ser em absoluto não pode ser objecto, escreve Jaspers, só o é enquanto elemento do “englobante”. E eu, sujeito, também dele imano. Ele tudo liga e tudo sustenta no jogo relacional. O livro verde. O verde e o livro. Como posso eu arrancar o verde, a coisa a que chamo verde, da coisa que o suporta, da coisa a que chamo livro e que vem

¹³ Jaspers, K. (1985): Op. cit., Pg.31.

inevitavelmente afectado pela cor? Parménides¹⁴ viu neste fenómeno, tão simples quanto complexo, a base da metafísica. Até ele, o mundo pertencia simplesmente ao terreno do sensível, da física. Depois dele, a especulação filosófica transportou-o para o terreno da metafísica. Eis uma das misteriosas faces da cisão sujeito – objecto. Eu, para objectivar o livro verde, tenho fatalmente de o desamarar do “englobante”.

Mas o “englobante” não se esgota na minha relação com as coisas. Elas próprias (as coisas, os objectos) estão relacionadas entre si, promovendo ao nível do pensamento, isto é, quando as selecciono no meu entendimento, uma segunda cisão. Assim, quando penso alguma coisa, o livro verde do nosso exemplo, penso-o em primeiro lugar referido a mim e em segundo lugar referido às outras coisas com as quais, de toda a maneira, se relaciona (a estante, o leitor, a temática, a própria liberdade interpretativa, ao ser convertida também em objecto quando pensada). E de cada vez que eu apreendo o livro verde, penso-o de forma diferente. Tomo dele apenas e só aspectos particulares que se contrapõem a mim e aos outros objectos que no momento compõem o cenário da minha existência.

Na vida psicológica normal o homem aproxima-se do “englobante” sempre que, num transe de profunda reflexão, se funde e confunde com o objecto, como acontece em certas situações de êxtase, apagando-se o eu e desaparecendo o próprio objecto. É, no fundo, o que acontece no sono (consciência adormecida) em que, finalmente, o homem se abre para si próprio. A este propósito escreveu o venerando filósofo da antiguidade Plotino, citado por Jaspers: “Sempre que estando adormecido o meu corpo, acordo para mim próprio, contemplando uma beleza prodigiosa: acredito então, firmemente, que pertenço a um mundo melhor e mais sublime, que me percorre uma vida magnífica que me une à divindade”¹⁵. O mesmo sentido arrancamo-lo da mensagem que ilustra um belo monumento erguido em honra das mães portuguesas, representando uma criança dormindo no regaço de sua mãe. “O melhor sono da nossa vida, em que na nossa alma, docemente penetra Deus”¹⁶. O

¹⁴ Weischedel, W. (1999): *A Escada dos fundos da Filosofia*, (trad. de Edson D. Gil) Ed. Angra – Instituto Brasileiro de Filosofia e Ciência, S. Paulo, Pg. 27-34.

¹⁵ Jaspers, K.: Op. cit., Pg.31.

¹⁶ Nota: Escultura existente no “Jardim das Mães” na cidade de Viseu.

homem é assim também “subjectividade incarnada, envolvida pelo Mundo das coisas e dos Outros. É, portanto, uma subjectividade sempre situada.”¹⁷

No auge da sua concepção o “englobante” é, no fundo, a própria transcendência.

Na vida psicopatológica, tal como acontece nas experiências místicas, o homem afoga-se no “englobante”. Desenvolveremos esta reflexão mais adiante quando pensarmos o homem psicótico.

E se o englobante, na vida normal ou psicótica, constitui uma espécie de limite, no qual o homem se dissolve em certas experiências místicas, ou de êxtase, ou simplesmente de profundo recolhimento, limites ainda mais poderosos e intransponíveis, pelo menos na vida psicológica normal, se levantam diante de todos nós mil vezes ao dia. Contudo, tantas vezes na vida psicótica, como a seu tempo sublinharemos nas histórias clínicas com as quais ilustramos o nosso trabalho, os limites são derrubados e caoticamente espalhados nos mares tumultuosos do delírio.

2.1.3 *Percepção dos limites*

Seja qual seja a circunstância que envolva o homem, na saúde ou na doença, este, no plano da sua intimidade nunca está só; em momento algum da sua existência perde o último fio referencial que o liga ao mundo, numa palavra, a sua condição de homem implica que ele se encontra sempre mergulhado numa dada situação. Mas há uma situação que, de alguma maneira, é primária em relação a todas as outras, isto é, precede todas as outras: é o facto (situação) de estar sempre contido numa determinada situação. Cada situação constitui para o homem um problema, um problema que o defronta e que ele tem de resolver. Mas há um problema que precede todos os problemas, tornando secundários todos os outros: trata-se do problema de o homem estar sempre perante um problema. Estar sempre mergulhado numa situação, estar sempre perante um problema, constitui, de facto, o cerne do diálogo do homem com o mundo. Nestas circunstâncias não resta ao eu

¹⁷ Coelho, Bernardo, T. (1983): Sobre a Culpabilidade (Pg.5). Separata de “O Médico” Nº1664, Vol 106, ano 34, Pg. 90-94.

outro caminho que não seja sempre, em todos os momentos (em estado de consciência vígil, bem entendido) optar por qualquer coisa, ultrapassando a situação do momento e decidir algo a respeito do problema que tem de vencer para de imediato cair noutro.

É assim que o homem (optando em função das situações e decidindo em função dos problemas com os quais se defronta), deambula pela vida um pouco ao sabor dos acontecimentos externos e internos. Porém, seja qual seja a direcção escolhida, ele esbarra inevitavelmente com as chamadas situações limite (Jaspers). A morte, o acaso, a culpa e a insegurança constituem sempre as muralhas intransponíveis que apertam o homem na sua marcha existencial. São muros cuja altura chega até ao céu, tão lisos e escorregadios que não permitem ser escalados.

Mas, no estranho mundo psicótico, tantas vezes o absoluto se plasma em substâncias concretas e os muros caem como um castelo de cartas. Adiante, quando falarmos do mundo psicótico, voltaremos a este assunto. Nas diversas histórias clínicas encontraremos exemplos ilustrativos da forma como o homem derruba os limites, mesmo os absolutos. Aí contemplaremos o homem delirante invertendo os sistemas de referências, transformando oceanos em rios e descobrindo, sem esforço aparente, caminhos directos que o conduzem até aos distantes planetas. E é sempre o homem, aquele que delira, tal como é sempre o homem aquele que sonha e se projecta no futuro.

Em suma, seja no terreno do normal, seja no terreno do psicótico, é sempre o homem o arquitecto e o autor do mundo vivencial. Da sua relação com o mundo falaremos no capítulo que se segue.

2.1.4 O homem e o mundo vivencial

Animado por aquilo a que se chama vida, o homem flui na estrada do tempo automaticamente, até que, um acontecimento fatal (exaustão ou suspensão dos princípios biológicos), o coloque no destino inevitável – a morte. Aliás, no desabrochar da vida primitiva, quer seja no plano ontogenético, quer seja no plano filogenético, já a morte manifestava a sua indisfarçável presença nas entranhas do

mundo estático físico-químico¹⁸. Depois, bom depois a morte acolhe-se silenciosa na intimidade do ser até expor novamente a sua autoridade no dia finado. Assim a vida pode conceber-se através desta leitura como um acontecimento (encadeamento de fenómenos) entalado entre duas mortes¹⁹.

Acavaletada sobre a vida, recorta-se, na viagem humana, a existência, “essa estranha sobrecarga da vida humana”, como lhe chama H. Gomes de Araújo²⁰, que permite ao homem a auto-observação, a introspecção, em suma o exame contínuo a seu próprio respeito. Efectivamente, uma das características emblemáticas da existência é olhar-se a si mesma, localizar-se nas coordenadas do tempo e do espaço, e, sobretudo, questionar-se e analisar-se. É esta qualidade distintiva do homem que lhe permite ver-se ao espelho interior.

A este propósito escreve Karl Jaspers: “O homem é acessível a si próprio numa dupla modalidade; enquanto objecto de investigação e enquanto existência de uma liberdade inacessível a qualquer estudo”²¹.

Enquanto objecto de análise, particularmente no plano psíquico, o homem oferece-nos apenas aparências, estados de consciência, eles próprios balizados pelo estigma do transitório e da contingência. Apesar de tudo, é no campo da vida (*Bios*), no plano do empírico, especificamente no terreno do sensível, que o homem mais próximo está da dimensão certa, porque objectiva. Aliás, o próprio englobante, inacessível à sensorialidade humana, assume reflexos de clareza, através dos objectos evidentemente, tanto mais viva quanto mais nítidos e esclarecidos forem aqueles (os objectos) no campo da consciência.

Enquanto sede de uma liberdade o homem acha-se e sente-se referido a algo intocável, ao Qual ou a Quem está referido. Toma consciência dessa liberdade quando, perante certo tipo de exigências imperiosas, se vê na situação de escolher o caminho e optar. Pode ir por um lado ou pelo outro, mas sempre, seja qual for a

¹⁸ Agra, Cândido (1986): *Science, Maladie Mentale et Dispositifs de L'Enfance – Du paradigme biologique au paradigme systemique*, 1ª ed. Instituto Nacional de Investigação Científica, Pg. 216.

¹⁹ *Ibidem.*, Pg. 216.

²⁰ Gomes de Araújo, H. (1977): *Perspectivas Fenomenológicas na Análise da Existência*, Edição da Livraria Lello e Irmão, Pg. 10.

²¹ Jaspers, K.: *Op. cit.*, Pg. 61.

circunstância da opção, comprometido com ela. Na vida psicológica normal, ao decidir algo, mesmo contrariando as leis naturais, o sujeito tem o sentimento imanente de que decidiu por si próprio, de acordo com a sua vontade, e, sobretudo, têm a noção de que poderia ter decidido de outra maneira se essa tivesse sido a sua opção consciente. Vivemos então sem sujeição automática à natureza, não porque nos fizemos assim, mas pelo exercício da nossa liberdade que sentimos estar ao nosso serviço e referida, sempre, à transcendência. Aliás, a liberdade só se eleva em cada um de nós, quando, num golpe especificamente humano, ultrapassamos a natureza e nos ligamos, ou melhor, religamos, ao Supremo, intencional e conscientemente.

Na vida psicopatológica, o exercício da liberdade está por vezes limitado, afectado ou bloqueado, por forças exteriores ao eu, restando embora a liberdade de pensar e, sobretudo de sentir, que essa mesma liberdade está intencionalmente a ser manipulada por outrem. Adiante voltaremos a discernir sobre este assunto ao abordarmos a questão do livre arbítrio.

As histórias de vida dos doentes delirantes da nossa amostra estão carregadas de exemplos nos quais a liberdade e, por consequência o livre arbítrio, está formalmente atingido. Assim, o homem privado da liberdade de pensar e agir por si mesmo, privado da capacidade de se sentir dono dos seus próprios pensamentos, isto é, o homem psicótico, fica como que bloqueado no meio das situações nas quais está mergulhado e embaraçado num qualquer canto do mundo vivencial que lhe serve de cenário.

Como se organiza esse mundo vivencial na vida psicológica normal e psicótica?

O homem vive, como acima referimos, em todos os momentos da sua vida mergulhado numa dada situação. Não é possível conceber o homem desinserido duma e qualquer situação, seja ela qual for. A situação que num dado instante envolve o homem, é, ela própria, resultante, por assim dizer, de duas situações: uma exterior, composta pelo conjunto de forças que determinam o desenho dinâmico do campo vivencial externo; outra interior e que resulta da soma algébrica de todos os vectores, quer hereditários, quer adquiridos que compõem o mundo interno do sujeito.

Em todos os momentos da sua existência, o homem vive mergulhado numa infinidade de influências provenientes do meio exterior, que lhe ditam, ou tentam ditar, em cada instante, o caminho a seguir. Mas nem todos os estímulos provenientes do meio ambiente, logram alcançar evidência bastante para condicionarem o movimento da pessoa no meio, isto é, nem todos têm força suficiente para fazerem curvar a trajectória da personalidade no sentido x ou y. E essa força é então avaliada como e por quem? Há, como vimos, uma dada situação interna na personalidade. Situação esta que resulta da conjugação dinâmica de vectores constitucionais (hereditários) e também de vectores adquiridos, alguns muito cimentados à personalidade sob a forma de hábitos, e ainda vectores afectivos e intelectuais, que, no seu conjunto, compõem uma certa tendência interna de movimento e de acção que determina então a escolha dos estímulos exteriores mais convenientes aos desígnios da personalidade num determinado momento. Há então uma espécie de selecção permanente em relação aos factores que compõem o campo vivencial. A trajectória existencial de cada homem, é ditada pela complexa interacção de todas as forças, internas umas e externas outras, que numa sucessão contínua de movimentos, determinam a orientação da respectiva marcha.

A tendência interna dominante numa dada situação, continuamente a variar de acordo com a complexidade dos vectores que desenham o mundo interno de cada um, e a permanente selecção dos factores que compõem o mundo externo, também estes em mutação constante e por vezes acelerada, determinam, no seu conjunto, a dinâmica da personalidade e o fluir ondulante do seu comportamento.

Em linguagem metafórica, diremos, que, o mundo interior de cada um, está então provido de uma espécie de lanterna (a tal tendência interna) que, incidindo sobre os estímulos exteriores, os ilumina (dando-lhes sentido e interesse – o objecto de cada percepção é em si mesmo neutro), de acordo com a selecção que (a tal tendência) continuamente vai operando, daqui resultando uma determinada orientação no percurso existencial. Mas, evidentemente que os vectores que definem o campo vivencial onde o sujeito se move no mundo externo, não obstante a luz directora da tal tendência interna, têm importância decisiva no comportamento.

Alguns dos vectores agem como factores facilitantes da condução escolhida no

momento. Outros, agem como factores de travagem. Comportam-se como verdadeiros obstáculos à orientação assumida pela tal tendência interna. Alguns autores recentes, particularmente ligados à chamada “Psicologia da Forma”, acham que estes vectores, situados no meio ambiente e que se constituem como verdadeiros travões à prossecução da orientação desejada pela vertente interna da personalidade, são, sem dúvida, mais importantes do que os vectores facilitantes. E mais importantes, porque, quando um obstáculo se levante diante dos desígnios da personalidade, travando o seu movimento natural, o ser como que recebe do estorvo contra o qual chocou uma força de repulsão, que, depositada no seu seio, promove de imediato o aumento de tensão, não só no interior do ser mas também nas múltiplas linhas que o relacionam com o meio ambiente. Por vezes a tensão acumulada é tal que toda a força se agiganta na direcção do objectivo, acabando este por se tornar transparente à reinvestida do ser. Outras vezes, é o próprio campo que momentaneamente nuns casos, ou irreversivelmente noutros, se desarticula, impotente para sustentar o aumento de tensão no seu interior. Outras ainda, o indivíduo desgasta-se numa espécie de luta contra as barreiras do seu campo vivencial, promovendo ensaios de investida, como que tomando balanços repetidos para melhor defrontar o objecto que ousou colocar-se no seu caminho.

Enfim, o homem não é apenas um agente de acção e reacção. Ele é possuidor dum eu que orienta, regula e promove o seu comportamento, embora condicionado pelas ferramentas biopsicológicas que possui e pelos múltiplos factores do meio que o cerca.

Do desenho desse meio e da sua relação dinâmica com o homem que nele vive e convive falaremos adiante, quando abordarmos a questão do campo vivencial. Por ora continuaremos a discernir ao redor do homem enquanto sede de uma vida e de uma existência.

2.1.5 Viver e existir

Em termos antropológicos, tudo o que diz respeito ao homem sofre ajustamentos constantes à escala dos tempos e dos espaços. Do corpo físico ao meio ambiente; da psicofisiologia ao mundo de valores. Esta modelagem eterna

(teoria evolucionista de Darwin²²) que aparece exposta aos nossos olhos, mimetisa, quase a papel químico, no plano ontogenético, à escala biológica, o que no complexo plano filogenético se passou e passa à escala antropológica. Contudo, não obstante o contínuo esforço de adaptação às vicissitudes da vida, algo se mantém firme e imutável no homem histórico e também no homem concreto que connosco vive e convive, pelo menos na vida psicológica normal, garantindo uma espécie de fio condutor, suporte indelével da coerência biográfica de cada um.

Esta coerência biográfica assume-se aos nossos olhos como uma evidência e, portanto, raramente a questionamos. Contudo, “o que nos é evidente a cada momento costuma ser também o mais enigmático”, escreveu Jaspers²³. Efectivamente quando reflectimos sobre nós próprios e a nossa continuidade existencial, esbarramos sistematicamente com dificuldades de ordem lógica, para suportar com argumentos irrefutáveis, aquilo que, no entendimento de todos, é por demais evidente. Trata-se duma questão complexa com enorme importância na construção da personalidade. Essa complexidade sobe ainda mais quando passamos do mundo normal para o mundo esquizofrénico, mundo esse onde o homem, no mesmo instante, é um e é (ou pode ser) outro, onde o futuro é passado e o passado é (ou pode ser) futuro, onde se viaja (ou pode viajar), num escasso momento, do tudo para o nada ou do nada para o tudo e, enigmaticamente, do real para o virtual, mantendo contudo o real amarrado com rédea curta à distância da suspeição.

Nos tempos míticos a visão que o homem tinha do mundo era (ou tentava ser) global, isto é, tendia a abranger a totalidade do saber num sistema mais ou menos coerente, onde o sujeito - homem (ainda sem assumir o papel de sujeito) e o objecto (ainda carregado de mística) se confundiam. E, em boa verdade, sempre ao longo da história do conhecimento (numa visão diacrónica) o homem não escapou de todo a esse caminho, procurando persistentemente uma espécie de cosmovisão que tudo explicasse e tudo englobasse; no fundo, procurava-se a totalidade na unidade, ou

²² Nágera, A. V.: Op. cit., Pg. 307.

²³ Jaspers, K. (1957): *Psicopatologia Geral – psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*, Vol. I, 2ª ed. em língua portuguesa, trad. Samuel P. Reis da 7ª edição em língua alemã, Pg. 115.

nas unidades dos diversos saberes. Porém, com o desenvolvimento destes, foram caindo, como caem no outono as folhas secas duma árvore, não só as imagens míticas do mundo, mas também, ruíam uma a uma, as unidades sistemáticas do conhecimento. Surgem as ciências, repartindo entre si o fantástico território do conhecimento acumulado ao longo de milénios. Isto é, o objecto, agora despido de mística, dividiu-se. Dividiu-se e subdividiu-se. Porém, dividiu-se também o sujeito (homem), especializou-se e microespecializou-se. Quanto mais apurado é o caminho da diferenciação, maiores são os hiatos, as manchas negras, que separam as diversas unidades científicas. Aumentam portanto as distâncias (em termos de dúvida e de inquietação) entre os diversos mundos dos saberes. Por exemplo, criam-se fossos quase intransponíveis entre o mundo físico, o mundo vital e o mundo espiritual. Claro que todos estes mundos se relacionam conjunturalmente; ilustrando com o que se passa à escala do homem, diremos que a sua personalidade é um todo e a divisão por partes é quase só teórica. Os componentes da personalidade hierarquizam-se de tal modo que a realidade dos graus mais elevados pressupõe a realidade dos graus mais baixos. Contudo, o contrário nem sempre se verifica. Assim, não há vida sem matéria, mas há matéria sem vida; não há existência sem vida, mas há vida sem existência.

A vida, a pura vida, aquela vida que ainda hoje se observa no mais simples dos seres unicelulares, terá cintilado pela primeira vez, algures na eternidade, por um simples acaso. Talvez por força de algo de “espantoso e extraordinário”²⁴ que terá ocorrido na cadeia relacional que entrelaça intimamente a matéria com a energia. A vida, a pura vida, corresponde a qualquer coisa que corre para diante, que flui, sem outra orientação que não seja a determinada pelo fluir do próprio tempo. A vida não se conhece a si própria, não se pensa, corresponde a um acontecimento bruto, desliza automaticamente, só isso. Um dia, situado algures ali à frente, a vida parará, mas sem qualquer autoconhecimento disso; não tem, nem pode ter (pois não se pensa a si própria), o sentimento da finitude. Que sabe uma célula capilar de si mesmo? Nada; os cabelos caem simplesmente. A vida, a pura vida é cega no fluir, vai-se consumindo progressivamente até à exaustão final, algures daqui a cinquenta

²⁴ Gomes de Araújo, H.: Op. cit. Pg. 10.

anos ou daqui a cinco minutos.

A existência é um acontecimento bastante diferente. Provavelmente, tal como a vida, também surge na história (da vida humana e só na vida humana), por mero acaso; talvez se tivesse desentranhado da vida a partir das complexas vicissitudes que animaram (à escala dos milénios), a relação entre a vida primitiva e o meio ambiente. Mas, a existência, tem uma característica singular e privativa: conhece-se a si mesma. Por cima do fluxo contínuo de vida a existência avança e recua, decide e experimenta, futurisa e folheia o passado. Tal como a vida não pode dispensar a matéria para se cumprir, e, quando se cumpre de todo, à matéria regressa por inteiro, a existência não pode dispensar a vida e só com ela se realiza; e, quando se realiza de todo, isto é, quando chega ao final do seu devir, nem sempre a vida acabou. Há vidas apenas vegetativas, que se cumprem sem o mínimo conhecimento de si mesmas, isto é, sem existirem de facto; (a existência implica um contínuo interrogar-se a seu próprio respeito, como amplamente estudaremos no próximo capítulo – essência e existência). Acrescentemos todavia que – existência – não significa o mesmo que – existir – na linguagem corrente; também os gatos e as camélias existem, ou seja vivem, mas não sabem que vivem. As coisas vivas (os gatos, as camélias e as mulheres – estas na sua vertente biológica), vivem e convivem. As células, os órgãos e as funções convivem de facto de forma integrada uns com os outros. Todavia, não é esse o significado que geralmente se dá ao termo convivência, mas o de estar com os outros. Mais justo e correcto seria talvez, empregar, neste sentido, o termo coexistir, pois ele encerra uma consciência que cada um tem de si mesmo e da sua relação com os demais, isto é: *co – existir*, estar realmente com os outros.

O atributo mais *sui generis* do ser humano é que ele, para além do seu simples viver biológico, semelhante ao de todos os animais, é indispensavelmente compelido a projectar-se para fora de si, a transcender-se, a definir à sua volta um mundo, que, por sua vez, o vai definir a ele, a lançar-se em suma na grande cruzada do *existir*. Só o homem tem esta particular característica de se transcender, de sair de si, de construir um mundo com o qual se relaciona, numa palavra de existir. Ser homem é, essencialmente, existir. Ser um ser humano significa, necessariamente, ter

uma existência; e cada ser humano tem o seu próprio modo de existir.

O facto de eu existir implica o meu conhecimento a respeito da minha própria existência; isto é, sei que existo. Olho para fora de mim e vejo as coisas que eu fui descobrindo; olho para dentro de mim e surpreendo essa curiosa e típica vivência (exclusiva do homem) que vem a ser a consciência de mim mesmo.

Às vezes as coisas atraem-me. E eu, numa aderência fantástica a elas, como que colo o eu às coisas e apago-me. É o que acontece na vivência do êxtase. Outras vezes é o eu que roda sobre si próprio reduzindo a existência à sua infinita pequenez; apaga-se então o mundo e ilumina-se apenas o eu recurvado sobre si. Em muitas das vivências delirantes (mas também em muitas vivências da vida psicológica normal) o eu, movendo-se na sua interioridade, repousa nas coisas em situações de grande expansão extática (algumas das psicoses alucinatório-delirantes dos nossos exemplos e também algumas das psicoses de início afectivo). Outras vezes, o eu cai sobre si mesmo, mantendo-se num total isolamento do mundo, mundo esse que, por períodos mais ou menos longos, acaba por desaparecer. Tal situação psicopatológica aparece ilustrada nalgumas das formas apocalípticas dos nossos exemplos.

O eu constitui então, neste sentido, uma espécie de gestor da relação do homem com o mundo, seja o mundo interno, as vivências íntimas, seja o mundo externo (as coisas substantivas, os objectos). À volta do eu circula portanto tudo que serve de pressuposto à própria existência. Ortega e Gasset, numa feliz expressão que se tornou universal, sublinha esta inevitabilidade da condição humana “o homem e a sua circunstância”. Significa que não existe homem algum sem esta condição básica, a *circunstancia*²⁵ (*circun – stantia*), o que está à volta, o que está ao redor.

Da minha circunstância substantiva e concreta (há também a minha circunstância subjectiva, real ou virtual) fazem parte fundamentalmente dois tipos de coisas. As coisa das quais eu me posso sem esforço separar, movendo-as, escondendo-as, manipulando-as. E as coisas que me estão tão intimamente

²⁵ Cunha, A.Geraldo (1996): Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa, 2ª Edição , Ed Nova Fronteira, Rio de Uaneiro. Pg.186.

próximas e que constituem no seu conjunto integrado e unitário o meu corpo.

O facto de eu só existir, integrado naquilo que me envolve e que constitui no fundo a minha indispensável circunstância, implica que eu tenha inevitavelmente de viver inserido no tempo que corre à minha volta e que constitui ele próprio a resultante do fluir dos acontecimentos exteriores ao eu, designadamente cósmicos. Corresponde a algo que captamos pela janela da intuição e que nos oferece o suporte básico para a compreensão do fluir dos fenómenos naturais no seu movimento e na sua eterna sucessão. Trata-se dum tempo matemático, rítmico, certo, que se dirige a um devir sem fundo e a um infinito sem fim. A sua cadência rigorosa, eternamente igual, fluindo acima do homem e além do homem, regula o relógio do mundo. Por isso se lhe chama o tempo do mundo. No mundo psicótico, tantas vezes o entendimento deste fluir cadenciado, batido ao compasso dos acontecimentos cósmicos, está pervertido; o cosmos reduz-se, o sol pára abruptamente a sua marcha e a lua fica ali mesmo ao alcance duma mão, qual pedra que se atira ao sol para o forçar a viajar de novo!

Mas, referimos em cima, que da circunstância do homem faz também parte o seu corpo físico, reduto substantivo da intimidade humana. E este tem igualmente ritmos que, não obstante estarem muitos deles ancorados aos diversos ritmos cósmicos, não têm nem o rigor nem a independência em relação aos factores externos que caracterizavam os ritmos cósmicos. Tais acontecimentos cadenciados (biopsicológicos), tais como os ritmos circadianos, os ritmos sono-vigília, os ritmos de natureza endócrina como por exemplo os ciclos menstruais e tantos outros, comunicam ao homem, na sua interioridade, uma multidão de impressões que lhe permite avaliar a duração dos fenómenos vividos. Trata-se dum tempo particular, único e próprio de cada homem e portanto absolutamente pessoal. Por isso se lhe chama o tempo íntimo. Contrariamente ao tempo do mundo que é rigoroso e supra humano o tempo íntimo é variável, depende de múltiplos factores internos, designadamente afectivos, acelerando-se umas vezes e arrastando-se penosamente outras. Os acontecimentos interiores sucedem-se uns aos outros numa cadência ininterrupta marcando o continuo do existir humano. À medida que progredimos na direcção do devir (daquilo que há-de vir) os acontecimentos vividos ficam para trás,

constituindo, no seu conjunto, aquilo a que chamamos o passado. O tempo íntimo não é susceptível de ser surpreendido no presente. Para tanto tê-lo-íamos de fazer parar, o que se torna de todo impraticável pelo simples facto de não existir tempo parado. O tempo é, por definição e principalmente por intuição, um constante fluir, um constante tornar-se futuro, um constante perfurar o instante imediato, enfim um eterno desentranhar-se no momento seguinte. Então, neste sentido, a vida interior é sempre duração.

O passado é assim guardado referenciado ao instante a que pertence. É certo que frequentemente ao longo da vida perdemos algumas das referências temporais, mas, em condições psicológicas normais, só as perdemos parcialmente. É este facto que garante a coerência biográfica do homem. Pela recordação recolhemos o passado e com ele deciframos os acontecimentos do presente. Montados sobre este instante fugaz a que chamamos presente progredimos no futuro. Viver significa também isto: transformar-se em futuro.

Então o homem é o seu passado, é aquilo que foi, a cada instante mais e mais enriquecido de conteúdo, mas é também o seu futuro, desenhado no tempo sob a forma de promessa e desenhado na consciência sob a forma de projecto. Viver é seguir projectos. E estes, não obstante estarem sempre ancorados no passado, têm inevitavelmente o seu vector direccionado lançado para o futuro.

O ser humano tem um tempo íntimo que resulta da sucessão ininterrupta de instantes preenchidos pela projecção interior dos acontecimentos que se sucedem incessantemente uns aos outros. E se tem um tempo íntimo (de alguma forma indizível), então também tem um espaço íntimo, onde fluem os referidos acontecimentos que, ao fim e ao cabo, modelam a história de cada um. Este espaço tem características próprias, privadas e pessoais. Porém, também nele ressaltam certas qualidades que, por universais, constituem autênticas leis. De facto, no espaço íntimo, todas as regras que definem a geometria do espaço externo podem estar pervertidas. Assim, o princípio da ubiquidade e da penetrabilidade da figuração podem estar presentes. Porém, tais adulterações, face ao que se passa no rigoroso, constante e objectivo espaço geométrico exterior, em nada desvalorizam e descomprometem o espaço íntimo, verdadeiro território onde se processam os

acontecimentos e as vivências, não obstante a estranha realidade subjectiva das coordenadas temporais e espaciais do mundo íntimo, que ajudam a configurar os fenómenos que compõem a vida interior de cada homem e, em última instância, ajudam a processar a sua história.

Na vida psicótica, como demonstraremos adiante, por força da perturbação básica ao nível do vivenciar do próprio eu, fica frequentemente afectada a geometria existencial no sentido exposto.

Vivemos no tempo e no espaço, vivemos com o tempo e com o espaço. Em certas condições psicopatológicas, designadamente no delírio esquizofrénico, o vivenciar de tais coordenadas segue caminhos obscuros. Com isso, fica frequentemente derrubado o curso normal do pensamento, com possível repercussão na sua coerência.

Em princípio, a uma vida, a uma vida humana, corresponde uma existência, sempre complexa, mais ou menos versátil, mas mantendo um respeito relacional coerente e unitário. Porém, no sonho, na fantasia ou na psicose esquizofrénica, a existência bifurca-se²⁶, ou trifurca-se, ou simplesmente escapa-se do eu para o território mítico da utopia²⁷ ou do delírio. Questão importante a este respeito, é tentar perceber como a saúde do homem mítico e a doença do esquizofrénico se foram conformando, ao longo da história do conhecimento, aos figurinos da transculturalidade.

2.1.6 Essência e existência

A palavra existência deriva do latim²⁸ *existētia*, de *ex – sistere*, estar a par de, surgir fora de.

A expressão *existência*, guarda no seu núcleo semântico, um conjunto de

²⁶ Gomes de Araújo, H. (1971): O Fenómeno das Duas Verdades, Separata do *Jornal do Médico*, LXXIV: 199 – 203.

²⁷ Morus, Tomás (1992): *A Utopia*, 8ª edição, trad. em língua portuguesa do original latino de 1516. Guimarães Editores, Lisboa.

Nota: O sentido da expressão utopia que emerge do nosso texto está finamente tocado (nas entrelinhas) desta obra clássica.

²⁸ Legrand, Gerard. (1988): *Dicionário de Filosofia*, Edições 70, Lisboa, Pg. 161.

significados que encerram outros tantos conceitos, sendo possível, apesar de tudo, estabelecer uma certa hierarquia significativa. Numa palavra, a expressão sofreu um movimento conceptual, que a transportou finalmente àquilo que hoje representa no plano filosófico, convertendo-se numa espécie de contraponto da expressão *essência* – “um homem comunica a outro a existência, mas não a essência («o facto de ser homem», no caso vertente)”²⁹, escreveu Espinosa.

A primeira ideia que nos vem à mente, quando empregamos o vocábulo, refere-se à realidade particular das coisas, interceptadas pelos nossos sentidos e vivenciadas na consciência. É algo que objectivamente (“objectividade da experiência”)³⁰ se vê ou se sente e que os outros podem também ver ou sentir e disso dar o seu testemunho. Porém, o seu conceito filosófico elevou-se, pelas mãos dos filósofos existencialistas (Soren Kierkegaard, Karl Jaspers, Martin Heidegger, entre outros) a patamares mais específicos, assumindo, nos dias de hoje, um sentido consagrado nos seguintes pontos: originalidade da existência individual; existência como liberdade; estrutura da própria existência. Vamos fundamentalmente tratar da *existência* no sentido do existir humano, conceito que envolve uma íntima relação com a questão do *livre arbítrio*, dado o objectivo que perseguimos nesta obra e que se resume prioritariamente a compreender um dos núcleos sintomatológicos mais caros à psicopatologia – a perturbação da actividade do eu – considerado por muitos autores o transtorno fundamental esquizofrénico.

Quando, no capítulo anterior abordámos o tema – Vida e Existência – referimos, em relação à existência, que esta implicava para o homem um constante experimentar e decidir. Seja qual for a situação na qual o homem esteja mergulhado, ele está sempre a decidir algo e a experimentar qualquer coisa. Qualquer coisa que se pode reduzir simplesmente a uma simples imagem, mas que não deixa de ser um experimentar essa mesma imagem ou outra, até que a sua atenção seja captada por um outro estímulo qualquer, externo ou interno e, cá está de novo (melhor dito, ininterruptamente enquanto estiver em consciência vígil), o sujeito a experimentar qualquer coisa, seja ela qual for. Mas, cabe-lhe sempre optar por isto ou por aquilo,

²⁹ Legrand, Gerard. (1988): Op. cit., Pg. 161.

³⁰ Heidegger, M. Em: Weischedel, W. (1999): Op. cit., Pg. 305 – 313.

esteja isto ou aquilo no campo da sensorialidade, no campo operativo ou noutro qualquer; está, enfim (o sujeito), inevitavelmente mergulhado no problema de ter que decidir algo e de ter que escolher qual o caminho a seguir, sendo certo que está sempre, seja qual for a decisão que tomar, comprometido intimamente com essa mesma decisão. Portanto, cada eu (núcleo de cada existência humana) é o centro de um mundo individual, ou melhor dito, cada eu (cada um de nós) é o próprio mundo individual, mais do que individual, privativo; é radicalmente impossível haver duas existências iguais, por consequência dois mundos iguais, para além de tudo o mais, pelas razões apontadas: mil vezes ao dia eu decido e experimento milhões de coisas, todas diferentes e todas diferentes das que outros experimentaram e decidiram, desde sempre, na gigantesca casa cósmica que a todos nos abriga. Daí a originalidade de cada existência individual. Daí a realidade única que o meu eu constitui. Um eu que não pode ser reduzido a dimensões psicológicas (inteligência ou sentimentos), mas um eu que é antes de tudo *liberdade* e que consiste na capacidade de decidir-me e experimentar-me a mim mesmo.

Então a realidade individual única é a própria *existência*. Todavia o termo não designa agora o facto concreto de ser ou existir (realidade no sentido corrente), mas tão só o eu concreto, o eu que estabelece a relação com o mundo, o eu que descobre e decide o significado e o valor de toda a realidade. Porém, a estrutura básica da *existência* não é o pensamento ou a vontade (um e outra postos ao serviço da descoberta), mas sim a liberdade, uma liberdade absoluta, uma liberdade que não carece de ajuda (muito menos de influência, fora dos estreitos limites do eu) para eleger, seleccionar ou decidir seja o que for. É esta liberdade que em boa verdade vai “fazendo” o próprio homem, vai moldando a sua forma de estar no mundo, vai em suma, criando a sua verdadeira natureza (única para cada homem, como único é o seu mundo), numa palavra, vai construindo a sua *essência*. É por isso que se diz que a *existência* precede a *essência*³¹. Esta ideia encerra a irredutibilidade e a originalidade da subjectividade. O eu é assim puro projecto, uma espécie de “estrutura aberta”, resolúvel sempre na pura indeterminação que o destino e o acaso promovem na relação do homem com o mundo. O homem é, antes de tudo um

³¹ Sartre, J. P. (1962): Em: Wahl, J. *As Filosofias da Existência*, Ed. Publicações Europa-América, Lisboa. Pg.51.

projecto que se vive subjectivamente, dirigido para o devir e balizado pelos limites absolutos que a condição humana impõe.

Na vida psicótica, como adiante veremos ao tratar os aspectos psicopatológicos e clínicos, a questão da liberdade como dimensão suprema da existência está formalmente afectada; em todo o caso, o paciente psicótico, como abundantemente ilustraremos nas “Histórias de Vida”, mantém pelo menos a liberdade de pensar que a sua liberdade está a ser minada ou mesmo radicalmente manipulada por outrem.

O sentido da realidade constroi-se a partir da fenomenologia. Defronte do objecto (isto é, de frente do real, que, aparecendo se manifesta como tal – fenómeno), o eu aprecia-o e classifica-o. Opõe-se-lhe portanto. A liberdade, princípio fundamental da existência descobre-lhe o sentido e também o seu último significado.

Pelo que observámos até aqui, o sentido do real constrói-se a partir do encontro entre o objecto e o sujeito. O real é portanto algo que é acessível, apreensível pelos nossos sentidos, algo que tem um perfil acidentado e que é inerente à sua própria condição de objecto concreto, algo carregado de contingências, que variam de acordo com a forma como se mostram ao sujeito. Acidentabilidade, acessibilidade, contingência, eis as características fundamentais da existência de algo que objectivamente afirma a sua presença diante de mim. A tinta azul da minha caneta é azul para mim e azul para os outros, porém o meu azul é (como experiência subjectiva) inegavelmente diferente do azul dos outros. É, no fundo, o que significa a consagrada expressão “*Dasein*” (*Da – Sein*, o ser que está- aí), algo sujeito a variações, algo que em suma não permanece tal como era em determinado momento. Neste sentido, o conceito *existência* opõe-se ao conceito de *essência*. A *essência* é o ser da coisa, aquilo que nela é invariável, aquilo que nela é permanente, imutável e originário. A *essência* é então, utilizando a expressão alemã *Sosein* (*So – Sein*, o ser - assim), aquilo que permanece imutável e permanente na coisa, no objecto, para lá de todas as contingências e de todas as variações possíveis. A *essência* é, neste sentido, algo de constante e eterno, frente à inconstância e variabilidade da *existência*. A caneta com que escrevo, distingue-se na minha consciência, não só de outras canetas com as quais eu também escrevo, mas de outras tantas que encham as montras das lojas que as vendem; esta caneta

é cinzenta, é leve, é bonita, enfim, existe. Porém, há qualquer coisa de comum a todas elas, qualquer coisa de invariável, qualquer coisa que permanece imutável para todo o sempre e para lá de toda a variabilidade possível. É isto a *essência* da caneta.

Também este conceito, na psicose esquizofrénica, e, na medida em que o cerne da perturbação ocupa a zona nuclear do eu, não só ao nível da consciência da sua actividade, mas também ao nível da *degeneração* (isto é, o geral precipita-se num abismo que o faz regressar ao particular), está permanentemente em jogo, como a seu tempo ilustraremos nas histórias clínicas.

Essência e existência constituem então categorias existenciais que desenham uma espécie de núcleo denso da personalidade. Vamos, no capítulo que se segue, tentar encontrar a linha do seu desenvolvimento normal, por forma a podermos perceber os possíveis transtornos desse núcleo ao nível da estrutura da personalidade, como acontece nalgumas situações psicopatológicas, designadamente na psicose esquizofrénica.

2.2 Ao encontro da personalidade (categorias existenciais)

2.2.1 Do indivíduo à pessoa (estrutura da existência)

Importa sublinhar, ao tratar da categoria existencial a que se chama personalidade, duas coisas. A primeira, refere-se ao facto seguinte: a categoria a que vulgarmente se chama individualidade (no plano das categorias existenciais), não é exclusiva do ser humano. Uma simples planta ou um modesto animal (vivos é claro) também são indivíduos, na medida em que são capazes de afirmar a sua independência em relação aos demais (incluindo os semelhantes), particularmente no que diz respeito à realização de permutas com o meio ambiente, por forma a garantir a sua bioquímica individual. A segunda, ressalta da seguinte questão: a simples presença duma conduta adequada em relação aos fins não chega para afirmar a existência duma vida psicológica superior. A natureza oferece-nos a cada passo provas irrefutáveis a este respeito. Os animais e as plantas têm geralmente comportamentos bem ajustados em relação aos fins, porém não têm, evidentemente,

aquilo a que vulgarmente se chama espírito.

O espírito, no sentido de vida psicológica superior, só tem existência no contexto da própria existência. Portanto, só o homem tem o privilégio de ter um espírito, na medida em que só ele tem consciência de si mesmo e da sua própria existência (requisito primeiro da personalidade) e por consequência só ele tem a possibilidade de organizar uma estrutura (a personalidade) que concentre em si a essência do homem. Tal estrutura, cresce com o homem, através de uma complicada confluência de fenómenos e mecanismos, atingindo o ponto de maturação máxima na vida adulta sem contudo perder, em qualquer momento, a sua própria dinâmica. Esta estrutura (a personalidade), concentra em si, no dizer de Alport “aquilo que um homem realmente é”³², constituindo-se (a personalidade), como “a organização dinâmica, dentro do indivíduo, daqueles sistemas psicofísicos que determinam os seus ajustamentos únicos ao ambiente”³³.

A personalidade tece-se com os fios da reflexão. E só no exercício íntimo do reflectir³⁴ o homem se coloca perante si próprio, criando a condição básica para se contemplar a si mesmo como ser autónomo capaz de reconhecer que é ele mesmo sede dessa autonomia, fenómeno que se configura como a trave mestra da personalidade.

Mas tem, dissemos em cima, um comportamento adequado em relação aos fins. É capaz de realizar com total sucesso as permutas ajustadas com o meio ambiente que o cerca (sol incluído) por forma a garantir a sua bioquímica individual. É também capaz de afirmar a sua independência vital em relação à multidão de seres vivos que o rodeiam, alguns deles bem semelhantes a ele, enfim é capaz em suma de afirmar a sua individualidade. Tal qual o homem, o cavalo ou a violeta, que, antes de mais nada, cumprem estes requisitos de independência vital, adquirindo por isso mesmo o estatuto de indivíduos.

Contudo, de todos estes seres vivos individuais, só o homem consegue

³² Alport, Gordon (1947): Em Hall, Calvin. Lindzey, Gardner e Campbell, John. *Teorias da Personalidade*, 4ª ed. em língua portuguesa, Trad. Maria Adriana Veronese, Artmed Editora, Porto Alegre (2000), Pg. 228.

³³ *Ibidem.*, Pg. 228.

³⁴ Cunha, A. G. (1966): *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*, Op. cit., Pg. 670.

Nota: O verbo reflectir deriva do verbo latino *re-flectere* que significa dobrar e redobrar.

ultrapassar a sua condição de simples indivíduo, ganhando o estatuto de pessoa, ao adquirir um sentimento perfeito e definido de si mesmo e do mundo onde se move. É, portanto, portador dum eu que sabe que vive e para que vive. Assim, a pessoa que o homem indiscutivelmente é, existe, porque para além do impulso vital que o projectou para fora da matéria (tal qual uma simples planta), tem um elevado conhecimento de si e do mundo que o envolve e, tem igualmente, através do pensamento, um conhecimento do projecto existencial que o anima e mobiliza; “o pensamento por meio do qual (ele) o homem se quer tornar ele mesmo”³⁵.

É esse projecto que pode ser posto em causa na vida psicótica. Por consequência, só o homem é passível de esquizofrenizar, sofrer fracturas na personalidade. Exactamente porque só o homem é possuidor duma personalidade, única instância (categoria) capaz de formular projectos conscientes de vida, os tais que rompem (pelo menos no plano formal) no acontecer esquizofrénico. Não há rupturas no que não existe. O cão não tem rupturas neste sentido, porque, em boa verdade, o cão não tem personalidade.

E porque é esta instância (personalidade) que constitui o território básico onde se repercute o fundamental da esquizofrenia, achamos útil reactualizar o conceito nas suas várias vertentes, viajando pelas várias teorias que sobre ela se têm debruçado.

2.2.2 Teorias da personalidade

Sob o ponto de vista histórico a questão do estudo da personalidade acompanhou o estudo sobre o homem, ponto central das grandes obras dos clássicos gregos e chineses. Porém, só no século XX a personalidade começa a ser encarada como um objecto de estudo científico, através de métodos passíveis de analisar os comportamentos de forma quantificável (Binet³⁶, Wechsler³⁷, Eysenck³⁸,

³⁵ Jaspers, K. (1999): Em Weischedel, W.: Op. cit., Pg. 299.

³⁶ Pichot, P. et Delay, J. (1969), Manual de Psicologia, 2ª edição (trad. de Leopold V.) Toray-Masson S.A. Barcelona, Pg. 6, 63 e 201.

³⁷ Ibidem., Pg. 214, 266 e 433.

³⁸ Ibidem., Pg. 344, 353 e 475.

Rorschach³⁹), ou através de métodos clínicos, passíveis de serem demonstrados empiricamente (Freud⁴⁰, Jung⁴¹, Adler⁴²).

Nos últimos anos, algumas achegas ancoradas a correntes do conhecimento, que no fundo constituem verdadeiras escolas, têm, não só influenciado os saberes ao redor destas matérias, mas também polarizado significativamente o estudo da personalidade. Destas abordagens escolhemos aquelas que nos parecem constituir o pano de fundo da formação das diversas teorias modernas⁴³.

1. Estudo efectuado a partir principalmente de observações clínicas.

Esta fonte de análise, iniciada por Charcot⁴⁴ e Pierre Janet⁴⁵, aproveitou-se do método científico-natural que a medicina cultivava no início do século XX, introduzindo na psicologia o método clínico. Foram expoentes máximos neste modelo de observação e estudo da personalidade Freud e Jung.

2. Estudo a partir da análise *gestáltica*.

Modelo teórico que enfatiza a unidade do comportamento⁴⁶ (William Stern), desvalorizando todos os estudos que assentem na fragmentação do mesmo.

3. Estudo baseado na teoria da aprendizagem.

Centra as suas preocupações básicas na pesquisa empírica, procurando entender, através da psicologia experimental, a aquisição do conhecimento (Watson))⁴⁷.

4. Estudo baseado na psicometria.

Procura medir e estudar as diferenças individuais, criando de alguma maneira grelhas específicas que permitem tipificar alguns aspectos quantificáveis da personalidade.

³⁹ Pichot, P. Delay, J. (1969): Op. cit., Pg. 71, 79 e 374.

⁴⁰ Colett, Albert. *Introdução à Psicologia Dinâmica* (1971), trad. Lólio L. Oliveira, Companhia Editora Nacional, São Paulo, Pg. 11-26.

⁴¹ *Ibidem.*, Pg. 32-40.

⁴² *Ibidem.*, Pg. 42-51.

⁴³ Hall, Calvin., Lindzey, Gardner., Campbell, John (2000): *Teorias da Personalidade*, Op. cit., Pg. 39.

⁴⁴ Pichot, P. et Delay, J, *Ibidem.*, Pg. 157 e 237.

⁴⁵ *Ibidem.*, Pg. 118, 191 e 303.

⁴⁶ *Ibidem.*, Pg. 265 e 399.

⁴⁷ *Ibidem.*, Pg. 32 e 390.

De alguma maneira podemos estabelecer uma primeira separação entre dois grupos de influência nas fontes escolásticas que acabámos de enunciar.

Um primeiro grupo constituído por aqueles que buscavam na experiência clínica a sua base de estudo; estão, nesta corrente, Freud, Jung e Stern como principais representantes. São conhecidos como os teóricos da personalidade.

Um segundo grupo constituído por aqueles (Pavlov⁴⁸, Wundt⁴⁹) que buscaram os seus modelos de observação na experiência em laboratório servindo-se dos modelos empregados pelas ciências naturais. Ficaram conhecidos como os experimentalistas.

No primeiro grupo – teóricos da personalidade – estão aqueles que, geralmente atribuem às motivações e às suas envolvências um papel decisivo, não só na formação da personalidade, mas também nos seus desvios (Mc Dougall)⁵⁰.

No segundo grupo – experimentalistas – estão aqueles que procuram estudar o comportamento e a personalidade que lhe serve de matriz através de um conjunto de conceitos intimamente ligados a processos fisiológicos.

Raramente encontramos no mundo moderno uma palavra com a aplicabilidade e o prestígio da palavra personalidade. Porém do que ela seja no plano conceptual temos muita dificuldade em encontrar uma definição clara e consensual. Segundo um estudo efectuado por Allport em 1937, citado por Calvin S. Hall⁵¹, existem cerca de 50 definições diferentes de personalidade. Algumas destas definições assentam em argumentos de ordem bio-social e outras em argumentos de tipo bio-físico, de tipo globalizante (incluindo tudo que diz respeito ao indivíduo), de tipo integrador (ênfase para a função organizadora) e, outras ainda, sublinhando o esforço de ajustamento dos indivíduo às situações, valorizando aspectos únicos ou individuais do comportamento ou ainda entendendo a personalidade como a essência do homem “a personalidade é o que um indivíduo realmente é”⁵².

⁴⁸ Pichot, P. Delay, J. (1969): Op. cit., Pg. 32 e 390.

⁴⁹ Ibidem., Pg. 289.

⁵⁰ Ibidem., Pg.81.

⁵¹ Hall, Calvin., Lindzey, Gardner., Campbell, John (2000): Op.cit., Pg. 32.

⁵² Allport, G. Ibidem., Pg. 228.

Neste contexto, não tem sentido definir, genericamente que seja, personalidade, sem adoptar uma teoria que justifique e suporte o conceito.

Assim a personalidade passa a ser definida por conceitos singulares, contidos numa teoria ajustada ao esclarecimento, tão completo quanto possível, do comportamento humano.

Pensamos aliás que, na clínica, temos muitas vezes de deitar mão de vários modelos interpretativos, e, por consequência, de diferentes teorias, para atingirmos limites de compreensão úteis, não só para o diagnóstico, mas sobretudo para a terapêutica. Daí o olhar que achamos ajustado encetar pelas várias teorias, posto que breve, tendo em conta os desígnios deste trabalho.

Teoria psicanalítica de Freud

As concepções de Freud evoluíram ao longo da sua própria vida, não obstante as representações que nos deixou de consciente e inconsciente se terem mantido notavelmente estáveis em toda a sua obra.

A noção de consciente estabeleceu-a, logo nos primeiros escritos, como o conjunto de ideias, noções, imagens, lembranças e representações que o indivíduo é capaz de evocar e que, desse modo, pode controlar, acentuar, disfarçar ou fazer aparecer de acordo com as suas necessidades e desejos. Nesta instância da vida psíquica, o fenómeno da evocação pode ser despertado voluntariamente.

A noção de inconsciente é um pouco mais difícil de definir, pois os seus limites esbatem-se no horizonte da sua grandeza. Antes de Freud o inconsciente era tido como um “espaço” relativamente estático, constituído apenas por lembranças residuais mais ou menos próximo do campo da consciência e, como tal, de pouca importância no contexto do comportamento. Depois de Freud o inconsciente passou a ser encarado como uma instância carregado de energias e de forças obscuras, de poderosos instintos insaciados ou desviados dos seus fins. No inconsciente, assim desenhado e conceptualizado, existem forças que nunca foram conscientes, mas também existem forças que foram conscientes, porém, em consequência de certas circunstâncias, acabaram por ser recalcadas no mundo inconsciente. A partir de

então o indivíduo perde a memória destas experiências e já não as pode evocar por acção apenas da vontade.

Uma primeira característica introduzida por Freud na dinâmica da personalidade, tem que ver com a noção de energia; todo o comportamento humano se baseia numa energia mais ou menos diferenciada que, directa ou indirectamente, o promove. Neste sentido, os comportamentos humanos são determinados no interior do sujeito e não resultam apenas da resposta da personalidade aos estímulos externos.

Uma segunda característica desta concepção, tem que ver com a extensão do domínio da psicologia ao irracional. Nesta óptica, a teoria psicanalítica opõe-se às teorias experimentalistas na medida em que para estas o estudo do comportamento se concentra principalmente nos estados de consciência acessíveis à introspecção e à observação.

De realçar ainda, como características importantes da teoria psicanalítica, as seguintes: a vida afectiva assume uma importância decisiva nos processos psicológicos, contrariamente ao que acontecia com a maior parte das teorias no início do século XX, a respirarem ainda a aragem do racionalismo; a importância que deve ser dada ao estudo evolutivo da personalidade, entendida como entidade em formação progressiva e em transformação constante desde o nascimento até à morte.

O modelo psicanalítico tenta explicar como os aspectos distintivos da personalidade, são principalmente provocados por conflitos infantis. Freud aceita e defende mais tarde que os fenómenos mentais podem encontrar a sua explicação na fisiologia ao nível do sistema nervoso central, entendendo que existe sempre uma certa continuidade nos fenómenos psíquicos, isto é os afectos ou os pensamentos têm sempre uma causa, consciente ou inconsciente.

No plano estrutural, a personalidade é composta por três sistemas: o *id*, o *ego* e o *superego*. Para Freud o *id* é a parte fundamental da mente, fonte de todas as energias instintivas, reservatório da *lóbido* (entendida como a energia posta à disposição dos instintos, principalmente do instinto sexual), motor do dinamismo da

personalidade. O *id* orienta-se pelo princípio do prazer, denunciando características de amoralidade, de irracionalidade e de independência das suas forças. Neste sentido distingue-se mal do inconsciente, sendo-lhe aliás atribuídas funções muito semelhantes.

O *superego* não é uma instância psíquica inata e hereditária, mas sim uma espécie de formação progressiva, que começa na infância, através da introjecção de regras, princípios e defesas, que vão freando, por imposição exterior, as pulsões instintivas, que podem pôr em causa a integridade física ou psíquica do indivíduo. Quer dizer, nem todas as ideias inconscientes se traduzem em actos. Sobretudo aquelas que podem colocar em risco a integridade do sujeito, são como que travadas por contrapulsões que nasceram a partir da interiorização de valores e regras oriundas do meio social, particularmente dos pais. O choque destas tendências opostas, e, portanto, a não satisfação duma necessidade sentida, pode originar um conflito do qual resulta eventualmente a angústia ou o seu equivalente psíquico ou somático. O *superego* corresponde então a essa instância formada a partir da introjecção de proibições, de defesas e de princípios, que, desde a mais remota idade, se vão organizando na vida psíquica inconsciente do sujeito em formação.

O *ego* é para Freud uma instância que representa o resultado de um processo repetido de transformações das tendências inconscientes mais superficiais em contacto com a realidade exterior e graças à intervenção da percepção consciente. Portanto, de alguma forma, o *ego* é o resultado dum encontro entre conteúdos inconscientes não muito profundos e conteúdos oriundos do mundo exterior. Desse contacto, resulta um conflito ou um acordo entre forças originalmente opostas, que o sujeito vai gerindo, por forma a satisfazer minimamente os diversos apelos. Assim, o *ego*, assume-se como o autor do exercício da personalidade, porque controla e orienta a sua acção, descobre no meio exterior os elementos aos quais se oporá e, decide, em última instância, quais são os instintos a serem satisfeitos, seleccionando prontamente o modo de o fazer. Frequentemente o *ego* tem a ingrata missão de encontrar soluções que satisfaçam posições de partida bastante antagónicas,

oriundas, a um só tempo, do *id*, do *superego* e do meio ambiente⁵³.

Evidentemente que em todo o comportamento humano, seja na vida psicológica dita normal, seja na vida psicopatológica, detectamos inúmeros aspectos do comportamento que encontram o seu cabal entendimento “genético” no seio destas teorias. Mesmo no campo de alguma actividade psicopatológica ligada a alterações do pensamento (referimo-nos especificamente a alterações do conteúdo), ou mesmo alterações do campo senso-perceptivo, não nos custa admitir um ponto de partida de raiz psicanalítico. Porém, em relação ao objecto específico da nossa investigação, o delírio esquizofrénico e, tendo em conta os aspectos etiopatogénicos que pensamos estarem na sua base (*somatosis*), aspectos esses ainda longe de esclarecimento minimamente sólido ao nível da intimidade do adoecer, achamos este modelo e a teoria que o suporta inadequado, não só em relação ao estudo da psicose esquizofrénica em geral, mas também em relação à análise estrutural dos sintomas mais importantes, designadamente o delírio primário. Aliás, pensamos que muitos quadros clínicos delirantes, se arrastam excessivamente no processo psicoterapêutico, num esforço inglório de compreensão da temática que anima o delírio, deixando de lado o fundamental da doença, a perturbação formal, com prejuízo terapêutico indiscutível.

Teoria analítica de Jung

Karl Jung afasta-se de Freud, de quem herdou o fundamental da sua teoria, sobretudo no campo do pansexualismo freudiano, designadamente em relação à sua universalidade e exclusivismo⁵⁴. O principal esforço de Jung assentou numa visão estruturada da vida psíquica, consciente e inconsciente, criando uma nova noção por ele definida como “Psique” e que vem a representar todo o conjunto dos processos psíquicos conscientes e inconscientes. Podem-se distinguir na psique as seguintes zonas:

O ego, situado no centro do consciente; esta zona afigura-se como uma “área”

⁵³ Colett, A. (1971): Op. cit. Pg. 11-26.

⁵⁴ Ibidem. Pg. 31-40.

funcional individualizada, que actua de modo pessoal em cada indivíduo, tentando continuamente uma adaptação eficaz ao mundo exterior. O *ego* constitui deste modo uma espécie de “sujeito” do consciente. Para Jung, esta zona funcional só se desenvolve a partir do inconsciente. Neste sentido, trata-se, portanto, duma instância relativamente secundária da psique.

O inconsciente pessoal, contém os processos específicos característicos de cada indivíduo e adquiridos de modo pessoal, com exclusão de toda e qualquer experiência colectiva. Trata-se duma formação progressiva que se elabora de dois modos. Por um lado, o inconsciente pessoal acolhe os processos psíquicos esquecidos ou recalcados. Por outro lado, recolhe os conteúdos psíquicos que não puderam ser captados por um consciente, certamente sem condições para o fazer.

O inconsciente colectivo contém todos os processos e conteúdos não pessoais do indivíduo e que provêm de transmissão hereditária, constituindo verdadeira herança racial ou étnica de recordações e comportamentos, considerados típicos numa comunidade, às vezes mesmo assumindo uma certa transculturalidade e até universalidade. Segundo Jung, o que se herda não são as ideias em si (do inconsciente colectivo), mas sim a potencialidade para a experiência dessas mesmas ideias. Os arquétipos são justamente estas proto-ideias universais que frequentemente contêm uma grande carga emocional. Para ele o comportamento humano é condicionado, não somente pela sua história individual (causalidade), mas também pelas suas aspirações (teleologia) e projectos⁵⁵. Da mesma forma que divide o inconsciente em pessoal e colectivo, também encara a personalidade de dois modos. A *personalidade pública*, a “Persona” corresponde à máscara usada pelo indivíduo face às solicitações e tradições sociais, isto é, corresponde à adopção duma postura compatível com aquilo que a sociedade espera do sujeito; a *personalidade privada* corresponde àquilo que existe escondido por detrás da máscara social. Se o *ego* se identifica excessivamente com a persona, o sujeito torna-se, de certa forma, prisioneiro das exigências sociais, assumindo um comportamento superficial, cuidando mais das aparências do que dos sentimentos

⁵⁵ Hall, Calvin, Lindzey, Gardner., Campbell, John (2000):, Op. cit., Pg. 88-93.

genuínos. Definiu o *self* como o ponto central da personalidade, ao redor do qual todos os outros sistemas se organizam⁵⁶.

Tal como referimos em relação ao modelo psicanalítico, também, a nosso ver, a teoria analítica de Jung, não se ajusta ao estudo e compreensão do delírio esquizofrénico. Trata-se, contudo, dum modelo útil para a compreensão e ajuda de alguns quadros reactivos ou induzidos, nos quais as alterações do pensamento, no plano temático, são preponderantes.

Mas há um ponto, nesta teoria, do qual nos servimos na análise da personalidade dos indivíduos que compuseram a nossa amostra. Foi a questão da extroversão e introversão. Dois termos que caracterizam dois tipos de atitude face à realidade e face ao mundo subjectivo interior. Correspondem, no fundo, a dois aspectos disposicionais do ser humano. O indivíduo extrovertido está sempre voltado para o objecto, entendendo-se por objecto tudo aquilo que se situe no campo da confrontação com o sujeito. Geralmente esta atitude facilita a submissão do sujeito às regras exteriores, curvando-se o homem perante elas, sem as questionar minimamente, abrindo-se facilmente a novas relações e a mudanças mais ou menos significativas do meio ambiente. Pelo contrário, o introvertido privilegia a relação consigo próprio, mostra um indivíduo pouco submisso aos valores exteriores, pouco disponível para se inclinar perante as exigências do meio ambiente, particularmente em relação às suas mudanças e transformações. Daí a postura reservada, meditativa, centrada no próprio eu, esquiva face aos objectos, defensiva e frequentemente pautada por um ambiente interior colorido de desconfiança. Ouçamos o próprio Jung: “A introversão caracteriza-se por uma tensão geral, uma função primária intensiva e uma função secundária de duração correspondente. A extroversão caracteriza-se por um relaxamento geral, uma função primária fraca e uma função secundária de correspondente brevidade”⁵⁷.

Ora, alguns destes traços de personalidade, particularmente no grupo introvertido, são muito frequentes em certos tipos de indivíduos que compõem a personalidade esquizoide, os quais, algumas vezes, acabam por adoecer de

⁵⁶ Hall, Calvin, Lindzey, Gardner., Campbell, John (2000): Op. cit., Pg. 92.

⁵⁷ Jung, C. (1958): *Les Types psychologiques*, , Librairie de L'Université, Genebra, Pg. 293.

esquizofrenia. Daí o interesse que encontrámos em conjugar, na nossa investigação, este critério junguiano com outros, não obstante o registo diferente que teoricamente os suporta.

Teorias culturalistas de Adler, From e Sullivan

Contrariamente a Freud, que desenvolve toda a sua teoria, particularmente no campo das neuroses, ao redor do problema da sexualidade e do princípio energético que a alimenta (líbido), Adler acha que o comportamento neurótico não deve ser associado à regressão da personalidade a estádios arcaicos ou infantis, mas sim a dois tipos de movimento: busca do prazer a partir da parte sã da personalidade e procura de outros fins, tidos como superiores, a partir da parte neurótica.

O núcleo fundamental da neurose gira à volta da insegurança e do sentimento de inferioridade a que aquela está associada. Escreve o próprio Adler, a propósito do “complexo de inferioridade”: “sentimento ameaçador de insegurança e de inferioridade, sentimento esse que dá origem ao desejo irreprimível de encontrar um fim susceptível de tornar a vida suportável, assegurando-lhe uma direcção, fonte de calma e de segurança”⁵⁸. Esta postura conceptual, conhecida como – psicologia individual – põe em causa a dinâmica causal psicanalítica⁵⁹, para se centrar na dinâmica finalista (a vida humana é sempre orientada por um fim que se vai formando a partir da infância, resultando das impressões recolhidas pela criança em contacto com o mundo exterior, particularmente pais e ambiente cultural). Trata-se duma “concepção evolucionista do organismo humano como um todo, com uma teoria de compensação pela psique, da fraqueza física”⁶⁰. No fundo, trata-se de enfatizar o papel dos mecanismos de compensação, postos em marcha pela psique, a partir da fraqueza física.

Alguns neo-freudianos como E. Fromm⁶¹ e Sullivan⁶², impressionando-se com as descobertas no campo da etnologia, da antropologia e da psicologia transcultural,

⁵⁸ Adler, A. (1948): *Le Temperament Nerveux*, Payot, Paris, Pg. 17

⁵⁹ Colett, Albert.: *Op. cit.* Pg. 44.

⁶⁰ Progoff, J. Em: Colett, A. (1971): *Ibidem.*, Pg. 44.

⁶¹ Colett, Albert, *Ibidem.*, Pg. 53.

⁶² *Ibidem.*, Pg. 53.

especialmente levada a cabo em povos muito primitivos, desenvolveram uma teoria na qual, sem pôr em causa o fundo básico da psicanálise, valorizaram muito mais a influência que o meio ambiente tem no desenvolvimento da personalidade do que a própria libido. Fromm⁶³ enfatiza aquilo a que ele chama a contradição básica do homem, ou seja a sua condição de animal (ente da natureza como todas as coisas) e a sua condição de humano (detentor e gestor da sua própria liberdade). Como animal o homem tem necessidades fisiológicas imperativas para a sua sobrevivência. Como humano possui auto-consciência, razão e imaginação, factores que o tornam único na natureza. A compreensão do psiquismo humano assenta na análise desta aparente contradição (homem e animal) e no estudo das necessidades específicas que resultam das condições da existência humana. Tais necessidades (relacionamento, transcendência, segurança, identidade, e orientação), assumem-se como valores implantados no homem através da evolução e marcam os horizontes que continuamente o mobilizam no sentido da sua realização pessoal e social⁶⁴. Neste sentido, a personalidade desenvolve-se de acordo com as oportunidades que a sociedade lhe oferece.

Harry Sullivan, criador da *teoria interpessoal da psiquiatria*⁶⁵, refere a personalidade como uma entidade hipotética, impossível de ser isolada das situações interpessoais. Assim, não faz sentido entender o homem desde a mais tenra infância desligado da sua condição de elemento de um determinado mundo social. Acha mesmo, que, o que é emblemático no homem e exclusivo dele, é produto das interacções sociais. No plano estritamente estrutural, Sullivan aconselha a que a unidade de estudo da personalidade se centre na situação interpessoal do indivíduo e não na pessoa, pois a personalidade é uma entidade, como acima se disse, puramente hipotética. A sua estrutura organizativa compõe-se de ocorrências interpessoais e não intrapsíquicas.

Considerando o nosso entendimento etiopatogénico do adoecer esquizofrénico, assumimos algumas dificuldades em colocar estas teorias ao serviço da nossa

⁶³ Hall, Calvin., Lindzey, Gardner., Campbell, John (2000): Op. cit., Pg. 132.

⁶⁴ Ibidem., Pg. 132.

⁶⁵ Ibidem., Pg. 147.

investigação. Porém, como aliás escrevemos a propósito da psicanálise, também nestes modelos teóricos encontramos inúmeros pontos de ajuda, não só no plano interpretativo da temática vivencial (mesmo delirante) dalguns quadros, mas sobretudo, na caracterização de algumas personalidades, designadamente as chamadas inseguras de si próprias e na valorização da acção dos factores culturais, sociais e interpessoais dos nossos doentes.

Teorias comportamentais

Em oposição ao subjectivismo que animava a maior parte das teorias da personalidade e servindo-se dos avanços no campo da fisiologia das teorias estímulo - resposta e das novas achegas psicofisiológicas que as experiências de Ivan Pavlov introduziram, alguns autores (John Watson⁶⁶, Clark Hull⁶⁷, Edward Thorndike⁶⁸) desenvolveram uma teoria, de raiz mais objectiva, passível de ser usada pragmaticamente, quer no terreno da compreensão da vida psicológica, através da análise do comportamento, quer no terreno do diagnóstico, quer ainda no campo das terapêuticas.

Tais teorias polarizam-se essencialmente ao redor daquilo a que se chama personalidade pública⁶⁹, entendida esta como a parte observável do comportamento, resultante da relação do sujeito com as características do meio ambiente, particularmente ao nível da resposta desse mesmo meio, através de benefícios ou punições que o indivíduo vai recolhendo, de acordo com as respectivas situações. Trata-se duma teoria de mais fácil manejo que as anteriores, rigorosa no método, usando critérios objectivos, porque observáveis a partir dos comportamentos, passíveis de serem traduzidos em leis. Sobretudo as teorias psicodinâmicas apareciam, aos olhos dos investigadores e dos terapeutas, carregadas de subjectivismo, sempre difícil de avaliar e, sobretudo de codificar cientificamente, por forma a ter uma aplicabilidade consequente e universal. Mais tarde, estas teorias

⁶⁶ Hall, Calvin., Lindzey, Gardner., Campbell, John (2000): Op. cit., Pg. 392.

⁶⁷ Ibidem., Pg. 302.

⁶⁸ Ibidem., Pg. 392.

⁶⁹ Ibidem., Pg. 451.

foram progressivamente sendo enriquecidas com acrescentos e preocupações de ordem social⁷⁰, valorizando-se, sobretudo, a dialéctica que nascia da relação entre a hereditariedade, a socialização e os fenómenos afectivos relacionados com a motivação.

No campo específico do nosso trabalho, estudo da esquizofrenia, muito particularmente do delírio esquizofrénico e, tendo em conta a profunda interioridade e subjectividade dos chamados sintomas primários, tais teorias revelam-se, a nosso ver, de utilidade limitada. Porém, nalguns aspectos, relacionados com o comportamento aprendido ao longo da doença, por interacção da personalidade já desorganizada ou em vias disso, algumas técnicas de índole comportamental podem revelar-se úteis, quer na compreensão temática do delírio secundário, quer na sua posterior manipulação psicoterapêutica.

Teorias constitucionalistas

Desde há muitos anos que existe a crença da relação entre o formato do corpo e o coloripo psicológico da pessoa. De entre todos os teóricos que se debruçaram sobre estas questões escolhemos dois para melhor sustentar o nosso discurso, Kretschmer⁷¹ e Sheldon⁷². Em geral aceita-se a relação entre a hereditariedade e as características físicas, abrindo esta constatação portas para a aceitação das relações também existentes entre a genética e as carterísticas psicológicas. Aliás o povo, na sua alta sabedoria, enquadra esta evidência no seguinte dito popular: “filho de peixe sabe nadar”.

Com Ernest Kretschmer, a psicologia constitucional, particularmente no campo clínico, atingiu o seu ponto mais alto. Estudou cuidadosamente o formato do corpo dos seus doentes, tentando estabelecer leis que fossem facilmente aplicáveis na clínica, compondo tipos biotipológicos aos quais corresponderia quase sempre uma certa maneira de adoecer e, portanto, uma certa enfermidade. Classificou então os biótipos em quatro grandes categorias: asténico (físico linear e frágil, corpo alongado,

⁷⁰ Hall, Calvin., Lindzey, Gardner., Campbell, John (2000): Op. cit., Pg.184.

⁷¹ Pichot, P. et Delay J. (1969): Op cit., Pg. 350.

⁷² Ibidem., Pg. 354.

ombros estreitos, palidez, massa muscular escassa); atlético (físico musculado e vigoroso, grande desenvolvimento do esqueleto, ombros salientes e tórax avantajado); pícnico (desenvolvimento periférico pronunciado das cavidades do corpo, designadamente da cabeça e ventre; pernas curtas e grossas, massa gorda abundante, pescoço curto, face larga); mais tarde foi acrescentado um quarto tipo a que se chamou displástico cujas referências biotipológicas assentam fundamentalmente na desproporcionalidade, face à média das pessoas, das diferentes partes do corpo. Relacionando estes tipos com as doenças psiquiátricas clássicas do campo psicótico, encontrou uma indiscutível afinidade de alguns biótipos com certas doenças; assim, a esquizofrenia aparecia muito relacionada com o biótipo asténico, a psicose maniaco-depressiva com o biótipo pícnico e a epilepsia com o biótipo atlético. Curioso recordar, que, para Kretschmer, havia uma espécie de continuidade entre os estados psicóticos e o comportamento normal. Deste modo, definiu um estado próximo da esquizofrenia a que chamou esquizoide e um estado ainda integrado no campo do normal a que chamou esquizotímico. Haveria uma espécie de gradação entre estes estados que se estenderia da saúde até à doença. O mesmo aconteceria com a personalidade cicloide, muito próxima da psicose maniaco-depressiva, e, o estado ciclotímico; este ainda normal, mas com traços orientadores duma possível futura queda psicótica na doença afectiva.

Sheldon, sustenta que os determinantes biológicos e genéticos desempenham um papel fundamental, não só na evolução do indivíduo, mas também na organização da personalidade, concretamente na vertente física (fenótipo). Existiria então uma estrutura biológica (morfogenótipo), que suportaria o físico (fenótipo), e que desempenharia importante papel no futuro comportamento do indivíduo e no desenvolvimento físico. Assim, o somatótipo mais não representaria do que uma tentativa para, indirectamente, avaliar o morfogenótipo, servindo-se, evidentemente, da análise da vertente física.

Estas características, de raiz morfológica, descritas por estes e outros autores que seguiram orientações semelhantes, são profusamente ampliadas com as características de natureza psíquica, que, quase sempre, estão ligadas ao desenho físico.

No nosso estudo servimo-nos amplamente destas teorias para a elaboração duma escala biotipológica, que acoplámos ao instrumento informático, da qual daremos conhecimento no capítulo respectivo; usámos também, na organização da nossa escala de personalidades, todos os fundamentos teóricos destes modelos, bem como todos os contributos que achámos importantes juntar, visando o estudo da hereditariedade. Achamos redundante explorar agora os aspectos psíquicos destas teorias, na medida em que adiante o faremos, quando abordarmos o estudo da personalidade dos nossos doentes.

Teoria holística

Também chamada teoria organísmica, centra as suas preocupações na consideração do indivíduo entendido como um todo (associação alma – corpo). Defendida por eminentes nomes da psicologia, da filosofia e da medicina, tais como Adolf Meyer⁷³ e Hughlings Jackson⁷⁴, vem a utilizar os princípios da *gestalt*, ampliando francamente os seus recursos clínicos.

Um dos teóricos que mais se destacou na conceptualização desta teoria foi o neuro-psiquiatra Kurt Goldstein⁷⁵. Na sistematização da teoria enfatizou o aspecto unitário do organismo, que encara como um todo, resumindo em seis princípios os aspectos fundamentais: A unidade e a coerência são os pilares constitutivos básicos na organização da pessoa normal; a doença emerge da confrontação do sujeito com o meio ambiente ameaçador, contribuindo este para desorganização do indivíduo, ou é desencadeada por anomalias intra-orgânicas. É impossível compreender o todo através das partes previamente isoladas para estudo; a organização está implícita no sistema e não permite que a integridade do organismo se perca pela análise. O homem vive impulsionado por aquilo a que Goldstein chama auto-realização, uma espécie de força dominante cuja potencialidade orienta e move a pessoa, como que submergindo todos os outros impulsos considerados menores. O meio externo tem

⁷³ Hall, Calvin., Lindzey, Gardner., Campbell, John (2000): Op. cit. Pg. 348.

⁷⁴ Ibidem., Pg. 348.

⁷⁵ Ibidem., Pg. 350.

naturalmente importância no comportamento, porém, o seu peso é menor do que as potencialidades intrínsecas do indivíduo para se desenvolver e realizar. Embora esta teoria tire partido dos princípios da *gestalt* para a compreensão do organismo, fá-lo, ampliando a sua noção de organismo, entendendo-o como um todo indivisível. Na investigação clínica, pode-se ir muito mais longe promovendo um estudo compreensivo da pessoa, do que analisando cada função psicológica isoladamente num trabalho extensivo de muitas pessoas.

A organização do funcionamento organísmico, visto no plano estrutural, é o da figura e fundo. A figura corresponde a qualquer processo que emerge dum fundo, seja esse processo perceptivo, representativo, movimento ou acção; desde que se destaque do fundo e, prenda de momento a nossa atenção, assume-se como figura.

Esta teoria revelou-se duma grande utilidade no nosso estudo, na medida em que nos permitiu uma análise estrutural do acontecer psicótico, particularmente no campo senso-perceptivo e também no campo do delírio. Fundamentalmente ajudou-nos a encarar a doença como algo que atinge o homem como um todo e não uma parte isolada do seu ser. Através dela, apreciamos os objectos que desfilam na consciência psicótica, como figuras que se vão destacando dos respectivos fundos, e, portanto, abeiramo-nos um pouco mais do material psicopatológico, por forma a melhor podermos contemplar a sua estrutura. Mas a grande ajuda desta teoria reside, fundamentalmente, no contributo indiscutível que nos oferece para a compreensão do campo vivencial que estudaremos adiante, pano de fundo instrumental e metodológico, teórico e prático, do nosso trabalho de investigação.

Teorias fenomenológico-humanistas

Combatendo a ideia de que o comportamento humano é pautado mecanicamente por uma cadeia de respostas a solicitações do meio ambiente, ou ainda por reacção a conflitos íntimos, alguns autores, baseados sobretudo em filósofos da existência e percursores da fenomenologia, como Brentano⁷⁶ e Husserl⁷⁷

⁷⁶ Marías, Julian. (1956): *Introducción A La Filosofía*, Ed. Manuales Revista Occidente, 4ª ed., Madrid, Pg. 161.

⁷⁷ *Ibidem.*, Pg. 161.

(Rogers⁷⁸, Lewin⁷⁹), desenvolveram uma teoria, fortemente influenciada pela psicologia da *gestalt* e centrada no estudo da pessoa encarada como uma unidade única, detentora dum mundo também único e privativo.

Esta teoria opõe-se, portanto, á fragmentação do homem em segmentos, mesmo por razões metodológicas, culminando esta recusa na divisão do corpo com a alma. Questiona ainda, radicalmente, a redução do estudo do comportamento humano à análise directa da experiência. Enfatiza o estudo da consciência, que entende como algo intencional, sempre ligada ao seu conteúdo (a consciência não existe como objecto de estudo, mas sim como binómio relacional carregada de intencionalidade – ser consciente de qualquer coisa).

Na análise dos nossos doentes, privilegiámos, sempre que possível, esta forma de ver o homem, não só em relação ao estudo clínico, mas também ao estudo da personalidade. Mas, sobretudo, servimo-nos das orientações teoréticas humanístico-fenomenológicas, para prosseguir na compreensibilidade do delírio esquizofrénico no terreno temático, já que, quanto à forma, como adiante analisaremos, carecemos ainda de instrumentos teóricos válidos para penetrar, de maneira consequente, no complexo mundo da formatação do pensamento, concretamente do pensamento delirante.

Teoria do Self de Rogers

O termo *self*, na moderna psicologia tem sido usado com dois sentidos. Um sentido, significando a consciência das atitudes e sentimentos da pessoa à cerca de si mesmo. Um outro sentido, corresponde ao grupo de processos psicológicos que orientam o comportamento e o seu ajustamento às diversas circunstâncias. Temos, então, um *self* entendido como objecto, indicando os sentimentos, as percepções e a avaliação que o sujeito vai fazendo a respeito de si mesmo como objecto que aos seus olhos também é; e um *self* entendido como conjunto de processos activos tais como pensar memorizar ou perceber.

⁷⁸ Hall, Calvin., Lindzey, Gardner., Campbell, John (2000): Op. cit., Pg. 397.

⁷⁹ Ibidem., Pg. 319.

A personalidade para Rogers acaba por ser definida, com base na fenomenologia, conjugando a sua própria teoria do *self*, entendido este como o conceito nuclear da personalidade, com a teoria holística de Goldstein e ainda com a teoria interpessoal de Sullivan. Valoriza, fundamentalmente, no seu modelo, o papel fundamental do organismo, encarado enquanto indivíduo total, do campo fenomenológico (totalidade da experiência) e ainda do *self* (conjunto de percepções conscientes e de valores, centrados nas duas vertentes do ego acima definidas e que, algumas vezes, vem representado pelas expressões “eu” e “me”).

Baseado nestes conceitos, desenvolveu um interessante método psicoterapêutico, centrado na pessoa (cliente), conhecido e praticado modernamente com a designação de terapia não directiva. Trata-se dum modelo profundamente ligado à corrente humanista, defendido por Eysenck, entre outros, preocupando-se sobretudo com a chamada personalidade privada, orientando-se no sentido do desenvolvimento, tão completo quanto possível, das potencialidades humanas, por forma a valorizar o auto-conceito e o eu ideal.

Especificamente em relação ao objecto do nosso trabalho (estudo da esquizofrenia), colhemos da aplicação deste método enormes vantagens, na medida em que o seu uso impõe o ambiente clínico e psicológico indispensável para uma análise fenomenológica correcta. Por outro lado, em termos estritamente pragmáticos, o método ajudou-nos a perceber a fenomenologia que ressaltava da relação do indivíduo com o campo vivencial interno e externo e com a leitura que o próprio paciente desenvolve perante ele mesmo; “o organismo reage ao campo conforme o percebe e experimenta”⁸⁰.

Teorias factoriais

Hoje, qualquer trabalho de investigação no campo da psicologia ou da psiquiatria, serve-se da análise dos dados psicológicos em termos quantitativos. Mesmo aqueles trabalhos, cujo objecto se afigura à partida de mais difícil abordagem em termos de quantificação numérica, como é o caso da obra presente - “Os

⁸⁰ Rogres, C. Em: Hall, Calvin ., Lindzey, Gardner., Campbell, John (2000): Op. cit., Pg. 368.

caminhos da esquizofrenia”, não podem, sem prejuízo do rigor da investigação, dispensar este método. No fundo, estas teorias apontam para procedimentos de investigação, racionais e objectivos, em detrimento dos métodos de análise mais intuitivos e subjectivos. Assim, por exemplo, para o estudo do comportamento, procuram identificar variáveis, através de amplas análises em grupos de indivíduos, seguindo os procedimentos da técnica estatística.

Vários autores se dedicaram ao desenvolvimento e sistematização destas teorias entre os quais destacamos Eysenck⁸¹, sobretudo pela tentativa que encetou para conjugar a psicometria com o estudo dos fenómenos da personalidade num enquadramento psiquiátrico. Procura, seguindo este caminho, caracterizar um pequeno número de dimensões básicas da personalidade, em oposição ao que a maior parte das teorias preconizava (variáveis muito numerosas, complexas e pouco definidas). Assim isolou quatro sectores principais (cognitivo, afectivo, conativo e somático), que interagindo entre si, e, balizados pela hereditariedade e pelo meio ambiente, determinariam o comportamento. Estabeleceu os conceitos de tipo e de traço, transportando-os para a psicologia, particularmente no campo da normalidade e da anormalidade, e também para a clínica, da seguinte forma: o traço corresponderia à tendência à repetição de certo aspecto do comportamento, uma espécie de hábito no jeito da acção e, o tipo, corresponderia ao conjunto de traços organizados num síndrome.

Pela análise factorial das variáveis que foi estudando, tendo em conta os critérios acima explicitados sumariamente, encontrou, num dos seus primeiros trabalhos⁸² realizado em 1947, utilizando uma amostra de 700 soldados neuróticos, dimensões psicológicas típicas de neuroticismo e extroversão-introversão. Mais tarde, em estudos muito complexos desenvolvidos em 1952, utilizando desta vez pessoas normais e doentes internados em hospitais psiquiátricos, isolou uma dimensão da personalidade a que chamou psicoticismo.

⁸¹ Hall, Calvin., Lindzey, Gardner., Campbell, John (2000): Op. cit., Pg. 292.

⁸² *Ibidem.*, Pg. 299.

Teoria do campo de Kurt Lewin

A partir das ideias da psicologia da forma e aproveitando a dinâmica que o movimento da *gestalt* imprimiu à psicologia, Kurt Lewin, psicólogo e filósofo nascido na Prússia em 1890, desenvolveu uma interessante teoria assente na dinâmica relacional do indivíduo com o meio vivencial do qual ele faz parte integrante.

Considerando que no nosso trabalho empírico, sobretudo na análise estrutural do delírio esquizofrénico, recorreremos exaustivamente a esta teoria, achámos prudente reservar para a sua abordagem (o campo vivencial) um capítulo próprio.

No capítulo “Estrutura e dinâmica da personalidade”, privilegiaremos as teorias de raiz mais abrangente, designadamente a visão convergente⁸³ de Barahona Fernandes e a abordagem de tipo transdisciplinar⁸⁴ de Cândido Agra. Tais teorias serviram-nos de transfundo interpretativo do acontecer psicótico, razão pela qual lhes reservamos também um capítulo próprio.

2.2.3 O campo vivencial

O desenvolvimento que se registava nas ciências físicas e biológicas no início do século XX, não deixou de influenciar, de forma decisiva, outras ciências aparentemente menos empíricas e de domínios mais subjectivos, tais como a psicologia. Estávamos, nestes tempos, em plena exploração dos méritos científicos das teorias do campo eléctrico-magnético, quando alguns psicólogos, de formação *gestáltica*⁸⁵, se empenharam em aproveitar as novas metodologias no terreno da psicologia. A psicologia da *gestalt* centrava-se dogmaticamente no princípio de que a percepção é sempre determinada pelo contexto (configuração) que envolve o objecto. A tomada de conhecimento do objecto (percepção) surgiria muito mais como resultado das relações entre os componentes do campo no qual o objecto estava mergulhado e não tanto pelas características físicas dos diversos elementos individuais.

⁸³ Fernandes, Barahona (1998): *Antropociências da Psiquiatria e da Saúde Mental. O homem Perturbado*, Edição Fundação Caloust Gulbenkian, Pg. 359-367.

⁸⁴ Agra, Cândido (1986): Op. cit., Pg. 16.

⁸⁵ Hall, Calvin S., Lindzey, Gardner., Campbell, John B (2000): Op. cit., Pg. 318.

Kurt Lewin, a partir do primeiro quarto do século XX, desenvolveu toda uma teoria, baseada nos princípios físicos acima referidos, que achou poder aplicar-se a todos os ramos da psicologia, fosse qual fosse a circunstância. Eis em resumo as três características fundamentais da teoria do campo, definido como “a totalidade dos factos existentes, concebidos em termos de mútua interdependência.”⁸⁶ 1ª- o comportamento é função do campo que lhe serve de cenário no momento em que ele se desenvolve; 2ª- o estudo do comportamento começa com a observação da situação vista como um todo, da qual se diferenciam as partes componentes; 3ª- a pessoa concreta numa situação determinada pode sempre ser representada matematicamente.

Segundo o esquema topológico de Kurt Lewin a pessoa (P) relaciona-se com o meio ambiente através dum jogo de forças que mantém (em condições psicológicas normais) o equilíbrio dinâmico do sistema.

A pessoa (P) está situada no interior do meio psíquico (M) sendo este naturalmente limitado pela fronteira externa (E), para fora da qual existe tudo aquilo que é exterior ao sistema. O espaço vital (V) estende-se pelo interior da pessoa (P) e por todo o meio psicológico (M), isto é, compreende tudo o que é interior à fronteira (E) e dele se diferencia a pessoa (P) e o seu meio psíquico ($V = M + P$). O espaço vital (V) alberga o mundo vivencial do sujeito, quer dizer inclui todos os factos psicológicos. Corresponde, de alguma forma, ao universo psicológico a estudar, pois contem a totalidade dos factos possíveis, capazes de influenciar e até determinar o comportamento. Neste sentido, o comportamento é sempre função do espaço vital. O meio psicológico (M) cessa no limite da pessoa (P) assim como o mundo exterior cessa no limite do espaço vital (V). Porém, não obstante o espaço externo, a que Lewin chama o mundo físico, tenha pouco ou nada a ver com o espaço vital (apenas os dois partilham o mesmo espaço global que constitui o universo), a zona adjacente ao espaço vital, o invólucro externo na expressão de Lewin, pode, em certas circunstâncias, influenciar o meio psicológico. O meio psíquico é sempre função da pessoa (P), isto é a pessoa tem condições para alterar o meio $M = f(P)$, assim como

⁸⁶ Lewin, Kurt. (2000). Em: Hall, Calvin., Lindzey, Gardner., Campbell, John.: Op. cit., Pg. 319.

a pessoa é função do meio $P = f(M)$. Embora a pessoa não faça parte do meio psíquico a barreira que limita ambos é permeável e permite portanto estas influências funcionais. Também o mundo externo ao espaço vital o pode modificar e este ter por sua vez uma influência decisiva naquele, nas tais circunstâncias específicas que referimos e a que Lewin chama ecologia psicológica (factos não psicológicos podem influenciar e determinar factos psicológicos). Aliás, o invólucro externo, não se assemelha a uma barreira rígida, impeditiva de contactos com o espaço vital, mas sim a uma membrana porosa, a qual se deixa atravessar por fenómenos não psicológicos, que, todavia, não comunicam directamente com a pessoa, pois, para tanto, terão de atravessar o espaço psicológico. O contrário também é verdadeiro, isto é, a pessoa só pode comunicar com o mundo físico através do espaço psicológico, pois antes de tudo o facto a comunicar deverá existir no meio psicológico.

A pessoa não é uma entidade homogénea. Dentro dela é possível encontrar segmentos funcionais diversos, embora em estreita relação uns com os outros. A sua estrutura pode ser concebida esquematicamente, segundo Lewin, por dois círculos concêntricos, o mais externo representando a zona perceptivo-motora (P-M) e o mais interno representando o espaço intra-pessoal (I-P). Da análise deste esquema se infere que só através da zona P-M a região intra-pessoal comunica com o meio psicológico. Também a região intra-pessoal pode esquematicamente ser compartimentada em regiões mais periféricas, espaços funcionais que comunicam directamente com a zona P-M e, regiões mais interiores abrigadas da relação directa com os espaços periféricos da pessoa.

Também o meio psíquico não tem uma estrutura homogénea. Se a tivesse, todos os factos nele contidos, teriam uma influência igual sobre a pessoa e esta, teria então uma liberdade total de movimento, o que, evidentemente, não acontece. Contudo, a segmentação desta região é, não só variável em função do momento no qual se processa o facto psíquico, mas também em função do próprio facto em si. Assim, a análise estrutural da pessoa requer o conhecimento num determinado momento do estado de diferenciação da pessoa e do meio psicológico no qual ela desenvolve o comportamento.



As fronteiras que limitam as diferentes regiões são então relativamente permeáveis e o conjunto de tudo quanto existe no espaço vital constitui um sistema de regiões inter-ligadas entre si. Esta conexão entre duas regiões, geralmente orienta-se por critérios relacionados com a distância, com a resistência das fronteiras e com a maior ou menor fluidez das regiões intermédias.

Um sujeito pode passar duma região psicológica a outra, sem que isto implique necessariamente um movimento físico; a este fenómeno chamou Lewin locomoção; por exemplo a solução dum problema mais não é do que uma locomoção intelectual. À ligação entre as regiões no interior do sujeito chamou o mesmo autor comunicação. Os acontecimentos correspondem à locomoção e à comunicação entre regiões, o mesmo é dizer, correspondem à interacção entre factos, uma vez que as regiões são, no fundo, os continentes dos factos psicológicos existentes, entendendo-se por facto o objecto observável ou aquilo que pode ser inferido a partir do objecto observável.

O elemento desencadeador do movimento psíquico (motor ou intelectual) no interior da pessoa é a necessidade. Esta pode consistir num estado fisiológico como a sede, num qualquer desejo (posse dum objecto por exemplo), numa qualquer intenção de concretizar algo. Quando, na minha consciência, surge uma qualquer necessidade, esta provoca um aumento de tensão (subida de energia) no segmento correspondente à necessidade. Uma das características dos sistemas tensionais, por força das barreiras permeáveis que os segmentam, é a tendência à igualização das tensões nas diversas regiões. A este movimento de homogeneização energética chama-se processo. O processo engloba qualquer acto psíquico, como seja, por exemplo, do pensar ao actuar, do motivar ao sentir.

No meio psíquico existem os mais diversos valores ou valências, cada uma delas ocupando uma região do meio psicológico, sempre relacionada, positiva ou negativamente, com uma das regiões interiores da pessoa. Imaginemos por exemplo alguém que tem uma atitude fóbica em relação aos répteis; um campo com vegetação alta que a pessoa tem de atravessar, constitui uma valência negativa. Passa então a exercer-se uma força sobre a pessoa, força essa a que Lewin chama vector. A partir daqui surgem a locomoção e a comunicação como meios de

restabelecer o estado de equilíbrio provocado pelo nascimento de uma necessidade. Neste sentido, é sempre possível, mediante a organização esquemática das regiões, das valências e dos vectores, representar a pessoa relacionada dinamicamente com o seu campo vivencial.

O esquema⁸⁷ que se representa na Figura 1, reproduz a topologia do campo vivencial e as forças que relacionam o indivíduo com o seu meio.

Em todas as histórias de vida que adiante analisaremos, faremos uma interpretação do acontecer psicótico à luz da fenomenologia e da psicologia da forma.

Ao longo de toda a nossa investigação, tentámos penetrar profundamente no mundo esquizofrénico com uma visão global e convergente, ora escarpelizando a dinâmica topológica do campo vivencial de cada um dos protagonistas das histórias, ora analisando os acontecimentos existenciais numa perspectiva psicopatológica e evolutiva, ou seja em corte transversal e longitudinal. Nesse sentido, os sintomas (positivos e negativos), designadamente os delírios, foram, na medida do possível, apreciados e estudados, não só no plano “genético”, mas também no plano estrutural e gestáltico.

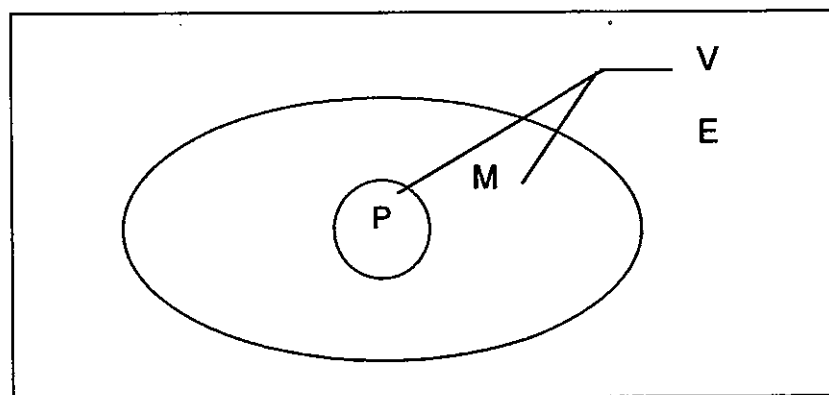


Figura 1- Topologia do campo vivencial.

O desenho da vida de cada homem (dos homens e mulheres das nossas histórias) está como que impresso num fundo que constitui o seu mundo e exprime-

⁸⁷ Lewin, K. Em: Pichot, P. et Delay, J.. *Manual de Psicologia* (1968): Op. cit., Pg. 383.
Nota: Reprodução do esquema topológico constante naquela obra.

se por valores, alguns deles mensuráveis nas escalas perceptivas do tempo e do espaço, outros mensuráveis na escala dos sentimentos estéticos, éticos e sociais e outros ainda mensuráveis nas escalas dos sentimentos espirituais. Toda esta arquitectura, forma uma espécie de pirâmide cuja base assenta na inteligência e cujo vértice aponta para a transcendência. Só a existência pressupõe a transcendência. Uma e outra são privativas do homem, constituindo os seus distintivos mais ousados. O que significa então existência? E transcendência? Qual o fundo geométrico que lhes serve de suporte? Qual a importância destes conceitos para a compreensão da esquizofrenia?

2.2.4 Estrutura e dinâmica da personalidade

O homem é então aquele ser individual que adquiriu o elevado estatuto de pessoa. Isto é, soube acrescentar ao rudimentar psiquismo individual (fundamentalmente biológico) alguma coisa de próprio e de novo. A personalidade não é mais do que a totalidade dinâmica do indivíduo, enriquecido com o tal acrescento privativo e irrepetível fora do sujeito. Esta totalidade, a que chamamos personalidade, juntamente com a pessoa que ela subentende, projecta-se no tempo e amarra-se aos espaços significativos da vida, nomeadamente ao espaço donde partiu. A palavra deriva do latim *persona* que por sua vez ascende do grego *prosopon* que significava, consoante as circunstâncias, três coisas⁸⁸: 1ª - máscara; 2ª - característica histriónica do actor; 3ª - qualidades que faziam sobressair alguém no seu jogo social (teatro da vida). Reparemos que o primeiro significado se aproxima bastante do actual sentido da palavra carácter (o modo como cada um aparece; esta dimensão (adquirida), resulta da erosão do indivíduo na travessia (durante a vida) do meio ambiente. O segundo sentido aproxima-se do actual significado da palavra temperamento – o modo natural de cada um ser; aquilo que se é na essência.

Para os latinos a *persona* seria então uma espécie de maquiagem, de disfarce, aquilo que permitia ao sujeito parecer, perante a sociedade, um personagem por ele (sujeito) criado, mantendo-se contudo (por dentro, secretamente) tal qual sempre foi.

⁸⁸ Gomes de Araújo, H. (1983): Comunicação pessoal.

Como geralmente acontece numa peça de teatro que repetidamente é representada, os papéis assumem automatismo a partir de certa altura e, a distância entre o ser e o parecer, encurta-se. Assim, o tempo encarregou-se de ampliar o conceito de *persona* e, mais tarde, de personalidade, até ao moderno sentido de pessoa situada no mundo. Chega-se então ao *homem total* “organização viva, integral, estruturado em fortes bases físicas, animado por forças biológicas, iluminado pela consciência, recheado de temas espirituais que o tornam autenticamente pessoa e o situam no mundo”⁸⁹.

Na medicina moderna e na psicologia clínica, particularmente nas escolas de inspiração mais humanista, assiste-se hoje a uma tendência unificante, no sentido de ver o homem como um todo, tendência essa que surge como reacção à excessiva compartimentação analítico-estrutural do homem, resultante da diversidade de abordagens que as diferentes perspectivas académicas, filosóficas e científicas, foram semeando na clínica. Alguns cientistas olham os avanços alcançados nas diferentes ciências e tecnologias, como desafios para procurarem linhas de intervenção integradas e coerentes, sempre centradas no indivíduo concreto, com evidentes vantagens nos planos clínico e terapêutico, numa perspectiva convergente⁹⁰. Infelizmente, ainda estamos longe de alcançar um modelo que reúna o conjunto dos acontecimentos mórbidos, passível de ser aplicado na clínica de forma abrangente e expedita, sem nunca perder de vista o homem total, com uma vida concreta e única, sempre mergulhado numa determinada situação existencial. O modelo conceptual de Barahona Fernandes, assenta numa organização estrutural da personalidade, cuja composição nunca se pode separar da situação ambiental – “personalidade em situação”. Existem na personalidade vários e complexos sistemas funcionais; porém todos agem de forma absolutamente integrada e cada uma exprime sempre uma postura relativizada face ao todo da personalidade. Todas as inter-relações entre os diversos sistemas funcionais, são absolutamente determinadas e perfeitamente orientadas em relação ao conjunto. Existe um modo da personalidade se organizar arquitectonicamente, obedecendo a uma espécie de

⁸⁹ Fernandes, Barahona. (1998): Op. cit., Pg. 506.

⁹⁰ Ibidem., Pg. 355-467.

hierarquia estrutural dos diversos sistemas funcionais, que se desenvolvem em linhas concêntricas e verticais ao redor do próprio⁹¹, constituindo este o núcleo central da pessoa; este núcleo contém o próprio eu⁹². A personalidade vai-se organizando a partir da infância de forma integrada obedecendo a um processar evolutivo e dinâmico que resulta da erosão do homem concreto com o meio que o envolve, do qual faz parte o mundo cósmico, biológico, humano-dual, social, cultural, científico e técnico. Segundo este autor quando se estuda uma personalidade situada no seu meio, do que se trata é captar a ideia da evolução e desenvolvimento da mesma, tendo em conta a história pessoal e biográfica, o diálogo da pessoa com o meio, assente este na relação dinâmica entre os diversos estímulos que “tocam” a pessoa, os múltiplos “encontros”, as vicissitudes que vão animando a vida pessoal, as aquisições, os saberes, enfim do que se trata é dar uma ideia sintética da história completa de cada um; a personalidade vem então a ser a resultante do cruzamento de diversas estruturas (sistemas funcionais), algumas delas básicas (a corporalidade, o fundo endotímico-vital e a vigiliância), outras supraestruturas pessoais (o carácter, a inteligência e o espírito pessoal), outras genéticas (com implicação directa ao nível da reactividade dinâmica e da aprendizagem) e outras ainda globalizantes a consciência e o próprio).

Próxima desta visão da personalidade, dinâmica e convergente, está a concepção de Cândido Agra, que, partindo da teoria dos sistemas e da fenomenologia, entende o homem concreto como resultante da interacção e inter-relacionamento de diversos sistemas, entre os quais se destacam a pessoa, a família e o ambiente. Expõe o sujeito psicológico como resultante da conjugação dinâmica de três grupos sistemáticos fundamentais: sistema da personalidade (trave mestra do sistema psíquico), sistema etoético (acção ou dinâmica) e sistema de significação (integração dos dois precedentes)⁹³. A personalidade constitui então um sistema auto-organizado, composto por sete sub-sistemas que se dispõem de forma estratificada, apresentando uma estrutura que obedece a uma ordem hierárquica, na

⁹¹ Alport, Gordon. Em: Hall, Calvin. Lindzey, Gardner. Campbell, John (2000): Op. cit., Pg. 233.

⁹² Fernandes, Barahona. (1998): Op. cit., Pg. 306.

⁹³ Queirós, Cristina (1997): *Emoções e Comportamento Desviante*, Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

qual os estratos se vão desenvolvendo e diferenciando, mantendo contudo uma interdependência funcional de uns em relação aos outros; à medida que se caminha dos estratos inferiores para os superiores, verifica-se uma progressiva perda de dependência ao mesmo tempo que se vai ganhando um acréscimo de autonomia. São estes os estratos descritos por Agra: neuro-psicológico, psico-sensorial, expressivo, afectivo, cognitivo, experiencial e político. Como os estratos superiores têm, como se referiu, uma grande independência e uma grande autonomia em relação aos outros, sucede que o estrato político tem como função principal assegurar o funcionamento e desenvolvimento de todo o sistema, uma vez que não depende dos restantes sub-sistemas. Do mesmo modo que rege a organização interna da personalidade, orienta a articulação da personalidade com o meio externo através do interestrato psico-social, organização funcional que se estrutura a partir do estrato político. Do mesmo modo, e, respeitando a tal hierarquia funcional os outros estratos têm também uma enorme importância na relação da personalidade com o meio e, sobretudo, no diálogo do homem consigo próprio.

Tanto a concepção de Barahona Fernandes como a concepção de Cândido Agra, aliás ambas muito próximas no desenho funcional que nos oferecem da personalidade, desenho esse caracterizado por vectores de convergência e de abrangência, dependendo a orientação dos referidos vectores, da perspectiva de abordagem, têm para nós uma importância decisiva na interpretação do delírio esquizofrénico. Porque ambas introduzem uma noção nova que tem que ver com uma espécie de hierarquia no acontecer psicológico, e, obviamente também no acontecer psicopatológico. Como adiante analisaremos em detalhe, sobra-nos a impressão, que, mesmo nos sintomas primários esquizofrénicos, é possível estabelecer uma hierarquia, não só semiológica, mas também “genética” (causal no sentido de Jaspers). Ambas valorizam a interconexão entre os diversos estratos, incluindo a vida biológica e os estratos neuro-psicológicos, podendo desta forma ser entendida uma espécie de hierarquia invertida, já que estas bases somáticas, neurológica e psicológica, determinam todas as outras. Adiante provaremos que, à medida que a personalidade se desorganiza, os sintomas se vão aproximando mais e mais das manifestações psicopatológicas de ordem somática, ou pelo menos

geneticamente mais ligadas ao somático (sintomas catatónicos, sintomas negativos, etc).

Assim; em resumo, montado sobre a matéria, e, derivando dela, surge o indivíduo biológico, animado já dum psiquismo susceptível de se afirmar com enorme variabilidade, desde a rudimentar dimensão psíquica do girassol até à complexa estrutura intelectual do cavalo. Emergindo da individualidade, e, cumprindo pressupostos rigorosos e únicos no universo conhecido, surge a pessoa que vive e sabe que vive, quer dizer, que existe, simplesmente. A pessoa é então uma realidade muito complexa, que pressupõe um acrescento à individualidade de algo de próprio, de privado e mais do que privado de privativo (numa palavra, de transcendente). Em toda a experiência humana, em toda a consciência, existem como que “«fantasmas» que nenhuma racionalidade pode reduzir. Toda a dedução transcendental depende da afirmação de um sistema integral de verdade”⁹⁴ que se relativiza em função das coordenadas espaço-temporais. É neste conjunto dinâmico (diremos com mais propriedade - neste todo), projectado no tempo, olhando para trás e fluindo para diante, deambulando intencionalmente nos cenários espaciais (substantivos uns ou representativos outros) que reside a personalidade. E é esta dimensão, apenas esta, que na natureza pode ser sede do acontecer esquizofrénico. Só cada um de nós, protagonistas do teatro da vida, se vê, a partir de certa altura, munido com esta categoria existencial, só cada homem tem, portanto, esta estrutura única que pode ser afectada na sua mais singular dimensão, a transcendência, a liberdade. Só ele e os seus semelhantes, à escala dos tempos, pode romper a trajectória existencial e tombar para a valeta esquizofrénica.

2.3 Personalidade como estrutura. Queda psicótica

2.3.1 Normal e anormal. Introdução ao problema.

Tal como a anatomia patológica e a fisiopatologia constituem os pilares básicos para a conceptualização da doença no sentido médico do termo, também a

⁹⁴ Merley-Ponty, Maurice (1957): *Fenomenología de la percepción*, México: Fondo de Cultura Económica, Pg. 552

psicopatologia constitui o fundo referencial, do qual emerge a doença no sentido psiquiátrico. Porém, a psicopatologia não poderá afastar-se nunca da sua própria observação crítica, nem dos padrões cognitivos que lhe são implícitos, nem das suas posições (o que é o normal, o anormal e a doença). Por outro lado a psicopatologia evolui num contexto de grande dependência em relação ao espírito da época e à cultura que configura essa mesma época⁹⁵. Assim, aquilo que entendemos por normal e anormal, estados ou categorias que podem preceder o são e o doente, constituem conceitos difíceis de precisar com clareza e também eles dependentes de factores de natureza histórica, cultural, ética e até moral.

Em sentido clássico, o estado normal indica o estado habitual e, ao mesmo tempo, o estado ideal, ou pelo menos o que se aproxima do ideal. A anomalia, que nos remete imediatamente para adjectivos de sentido defectual (desigualdade, escabroso, irregular, rugoso) designa um facto descritivo, ao passo que o anormal (sem lei, sem valor) faz referência a um valor, a uma norma. No entanto, a diversidade ou anomalia só é considerada patológica se implicar sofrimento.

Tendo em conta o objecto da nossa obra – a esquizofrenia – e, considerando as dificuldades conceptuais que ainda hoje envolvem esta enfermidade, tocando aliás as quatro categorias acima referidas – normal, anormal, são e doente – achamos útil para os nossos desígnios reflectir sobre estes conceitos. Faremos em primeiro lugar uma abordagem histórica do assunto, tentando analisar as implicações lógicas dos princípios de doença (patologia), segundo os quais, para uns, o estado mórbido, no ser vivo, corresponderá apenas a uma simples variação quantitativa dos fenómenos fisiológicos que definem o estado normal da função correspondente; para outros, para além destas alterações de natureza apenas quantitativa, há também rupturas de natureza qualitativa no adoecer, ou pelo menos em certas formas de adoecer. Em segundo lugar, reflectiremos sobre a questão do normal e patológico, tendo em conta o pensamento de alguns autores (Scharfetter, Canguilhem, Claud Bernard, Minkowski, Agra), e, tendo sobretudo em atenção as achegas que o avanço científico, no campo das ciências médicas, alcançou nos nossos dias. Em jeito de

⁹⁵ Scharfetter, Ch. (1997): Op.cit., Pg. 25, 26 e 27.

introdução resumiremos assim o conteúdo desta segunda parte: a vida tem sempre uma certa polaridade dinâmica; é por referência a essa polaridade que se podem qualificar – normais – tipos ou funções⁹⁶. Ora, se existem normas biológicas, é porque a vida não é apenas submissão ao meio, mas, pelo contrário, ela forma o seu próprio meio, impondo valores para fora (meio) e para dentro de si (organismo). É a isto que Canguilhem chama normatividade biológica. Neste sentido, e, por absurdo que pareça, o estado patológico pode considerar-se normal, na medida em que ele exprime uma relação com a normatividade da vida. Todavia, esta concepção de normal, nunca poderá ser aplicada desta maneira ao normal fisiológico, na medida em que estamos perante dois registos diferentes de normas. O anormal não existe apenas por ausência de normalidade. Não há qualquer vida sem normas de vida e o estado mórbido é, também ele, uma certa forma de vida. O estado fisiológico encerra em si a potencialidade de admitir a passagem para novas normas, visto ter a capacidade de se adaptar continuamente às flutuações do seu meio, impelindo o ser para diante a caminho da saúde. Ao invés, a doença, implica sempre a precariedade das normas de vida e a redução da tolerância do ser vivo face às referidas flutuações do meio onde a vida evolui.

2.3.2 *Abordagem histórica ao conceito de normalidade.*

Na antiguidade egípcia a medicina alcançou o seu ponto mais elevado, quando soube associar ao conceito de doença, entendida ao tempo como algo que atingia o homem por acção de agentes externos de natureza quase sempre mística, o conceito de anormalidade, provocada por agentes externos concretos, designadamente, parasitários (Sigerist)⁹⁷. Expulsar os vermes seria para a esclarecida medicina oriental, particularmente chinesa, barrar a doença; tal atitude estava inscrita no pano de fundo da cultura médica oriental e foi graças a esta norma, tão simples quanto eficaz, que a medicina egípcia antiga ganhou um desenvolvimento apreciável.

⁹⁶ Canguilhem, Georges. (1978): *O Normal e o Patológico*, 1ª edição em língua portuguesa (trad. Maria Thereza R. C. Barrocas), Editora Forense Universitária, Rio de Janeiro, Pg. 19-26.

⁹⁷ *Ibidem.*, Pg. 19.

Para a medicina grega, muito influenciada pela riqueza dos saberes que irradiava da filosofia de raiz humanizante (Hipócrates, Platão)⁹⁸, a doença era entendida como algo totalizante, que atingia portanto o homem como um todo, não necessariamente localizada, concebida não de forma ontológica mas sim dinâmica. A natureza, a *physis*, é sempre, em condições normais, equilíbrio e harmonia; a ruptura deste equilíbrio constitui a doença. Para a medicina grega e contrariamente ao que acontecia com a medicina oriental, as circunstâncias externas constituíam ocasiões e não causas para o aparecimento das doenças. Estas surgiriam quando se rompia o equilíbrio entre os quatro fluidos da vida (quente, frio, húmido, seco), que, em condições de nivelamento normal, face às oscilações do meio, garantiriam a saúde. A doença corresponderia então, para lá da desarmonia apontada, a uma espécie de esforço do organismo para alcançar um novo equilíbrio. Assim, a intenção de cura mais não seria do que uma reacção generalizada do organismo, reacção essa que constitui precisamente a doença. Considerando que, em princípio, as técnicas médicas deverão imitar o caminho natural que a natureza usa para chegar à cura, a primeira preocupação terapêutica (para esta linha de pensamento), teria necessariamente de assentar na tolerância do processo mórbido, para depois, a partir daí, se arrancar para o reforço das reacções naturais (hedonísticas) e espontâneas. É claro que tais concepções encerram em si muito mais um cariz de natureza optimista do que um aproveitamento pleno das técnicas médicas.

No fundo, ainda hoje a atitude médica oscila entre estas duas concepções. As doenças que brotam de situações de carência (por exemplo vitamínica ou proteica) ou de transtornos ocasionados por agentes externos (vírus, bactérias, parasitas), situações estas que se enquadram perfeitamente na teoria ontológica; e as situações provenientes de distúrbios funcionais (por exemplo endócrinas), designadas pelo prefixo *dys* que se enquadram muito mais na teoria dinamista ou funcional.

Para a concepção naturalista a reposição do estado normal tem pouco ou nada a ver com a intervenção humana. A natureza como que encontraria os meios para a cura. Porém, tal expectativa optimista, esperando que o homem seja por si só capaz

⁹⁸ Canguilhem, Georges. (1978): *O Normal e o Patológico*, Op. cit., Pg. 20.

de vergar a natureza a caminho da cura, tem hoje, face aos múltiplos meios terapêuticos, poucos argumentos.

Thomas Sydenham⁹⁹, defendia a ideia de que para ajudar o doente seria necessário determinar e conhecer o seu mal. Nascia a patologia científica moderna ligada à fisiologia. Para este autor as doenças aparecem segundo uma certa ordem, quer dizer, é quase sempre possível determinar leis, em função das quais os sintomas em princípio evoluem, o que permite formular diagnósticos, organizar terapêuticas e projectar prognósticos.

Morgagni¹⁰⁰, ao criar as bases da anatomia patológica, estabeleceu a relação directa entre a lesão do órgão e certo tipo de sintomas que sempre aparecem ligados a essa região corporal lesionada. Harvey¹⁰¹ desenvolveu a fisiologia integrada na anatomia viva, criando condições para melhor se compreender a patologia, não só orgânica, mas também funcional. Desta interpretação da doença resultou uma teoria que equaciona as relações entre o normal e o patológico, no sentido de uma variação quantitativa, por excesso ou por defeito, originando desta forma o uso da denominação semântica de hiper ou hipo¹⁰².

Augusto Comte¹⁰³, acarinha uma ideia que já havia sido defendida por Broussais¹⁰⁴. Tenta estudar o normal a partir do patológico, aproveitando desta forma a doença como meio para se poder observar a realidade através dela, surgindo esta (a doença), como substituto de uma experimentação biológica, obviamente impraticável à escala do homem. Assim, a doença transforma-se então numa espécie de estrutura, a partir da qual é possível analisar outras realidades.

Claud Bernard¹⁰⁵ orienta-se do normal para o patológico, observando a morbilidade de forma racional, procurando a doença através da fisiologia. Ao contrário de Comte¹⁰⁶, para quem a afirmação de identidade se mantém no plano

⁹⁹ Canguilhem, Georges. (1978): *O Normal e o Patológico*, Op. cit., Pg. 22.

¹⁰⁰ *Ibidem.*, Pg. 22.

¹⁰¹ *Ibidem.*, Pg. 22.

¹⁰² *Ibidem.*, Pg. 22.

¹⁰³ *Ibidem.*, Pg. 23.

¹⁰⁴ *Ibidem.*, Pg. 23.

¹⁰⁵ *Ibidem.*, Pg. 23.

¹⁰⁶ *Ibidem.*, Pg. 23.

conceptual, Claud Bernard tenta materializar essa identidade quantificando-a dentro do possível, dando-lhe portanto um carácter numérico. A influência que exerceu sobre médicos e psicólogos nos finais do século XIX e princípios do século XX foi enorme. Aliás essa influência marcou, não só as ciências da natureza (biologia, medicina, etc.), mas também, e, de forma decisiva, a própria literatura e até a filosofia. Por exemplo Nietzsche, inspirou-se em Claud Bernard na sua ideia de homogeneidade do normal e do patológico. Na sua famosa reflexão “o valor de todos os estados mórbidos consiste no facto de mostrarem como uma lente de aumento, certas condições que, apesar de normais, são dificilmente visíveis no estado normal”¹⁰⁷, evidencia, claramente, o conceito de Bernard. No fundo, para este distinto médico cuja postura cultural e científica marcou, como acima referimos, quase todo o século XIX, a medicina, arte de curar, teria de assentar numa patologia experimental que, de algum modo, não se afastaria muito da fisiologia; “fisiologia e patologia confundem-se e são uma e a mesma coisa”¹⁰⁸.

Principalmente no seu tratado “De L’irritation et de la folie”, Broussais aborda o problema da vida normal e patológica, formulando a teoria que haveria de influenciar alguns estudiosos do campo da medicina, da biologia e da filosofia, especialmente, como acima foi dito, Augusto Comte. Broussais centra o problema da vida no estímulo e na excitação. Para ele o homem só existe, talvez melhor dito, só tem a capacidade de fruir da existência, através da excitação exercida sobre os seus órgãos¹⁰⁹. Para este autor a distinção entre o normal e fisiológico e o anormal e patológico é apenas uma questão quantitativa, espelhando aliás a diferença entre excitação e irritação; também estas respostas a estímulos se distinguem apenas quantitativamente.

Para Leriche a saúde “é a vida no silêncio dos órgãos” e a “doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal da sua vida e nas suas ocupações, e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer”¹¹⁰. Significa isto que sempre que o homem toma consciência de si, pelo desconforto do seu corpo, no todo ou em parte,

¹⁰⁷ Nietzsche. Em: Canguilhem, Georges. (1978): *O Normal e o Patológico*, Op. cit., Pg. 25.

¹⁰⁸ Bernard, Claud. Em: Canguilhem, Georges. (1978): *Ibiden.*, Pg.45.

¹⁰⁹ Canguilhem, Georges. (1978): *O Normal e o Patológico*, Op. cit., Pg. 28.

¹¹⁰ Leriche. Em: Canguilhem, Georges. (1978): *Ibiden.*, Pg. 67.

particularmente através do sofrimento que deriva desse desconforto, estamos a caminho da doença ou nela já instalados. Porém, o próprio Leriche demonstra que o silêncio do corpo (dos órgãos ou dos tecidos) nem sempre equivale à ausência de doença, pois existem situações funcionais e até orgânicas que evoluem de forma surda durante algum tempo, minando silenciosamente e, às vezes irreversivelmente, a vida do paciente. Isto acontece, na opinião deste autor, porque o homem foi servido pela natureza de maneira prodigiosa, na medida em que qualquer órgão existe em excesso; isto é, cada um de nós tem mais fígado do que o que precisa, ou mais coração ou mais rim e, então, só quando a insuficiência dos órgãos atinge um certo limite é que eles se manifestam através dos sintomas. Desta forma, diz Leriche, “se quisermos definir a doença será preciso desumanizá-la”¹¹¹. Na verdade, em tantas circunstâncias, médicos ou patologistas detectam doenças em pessoas que jamais se sentiram doentes. Então, neste caso, a doença é entendida apenas sob o ponto de vista do médico, já que ela não mora na consciência do doente. O próprio Leriche reflectiu sobre esta complexa problemática (fronteira normal – anormal e saúde – doença) criando a noção do estático e dinâmico em patologia, oferecendo significativa primazia à vertente dinâmica, realçando que a doença deverá ser prioritariamente entendida sob o ponto de vista do doente e não tanto do anátomo-patologista ou do fisiologista. Quer dizer, a doença do doente não corresponde totalmente à doença anatómica do patologista. Tal como Claud Bernard, Leriche afirma também uma certa continuidade entre um estado fisiológico e o estado patológico. No entanto, opina categoricamente que a patologia, não obstante a tal continuidade com a fisiologia que lhe serve de fundo, mais não é do que uma fisiologia desviada, acabando a doença por ser algo de estranho ao homem, chegando a afirmar, de forma surpreendente, que “na doença, o que há de menos importante, no fundo, é o homem”; referindo-se concretamente à dor, sublinha a sua (da dor) estranheza em relação à fisiologia, na medida em que “a dor não está nos planos da natureza”, sendo, portanto, uma “novidade fisiológica”¹¹².

Se pensarmos à escala dos últimos 200 anos, verificamos que o conceito de

¹¹¹ Canguilhem, Georges. (1978): *O Normal e o Patológico*, Op. cit., Pg.68.

¹¹² Leriche. Em: Canguilhem, Georges. (1978): *Ibidem.*, Pg. 68 e 71.

doença, abandonando o fundo interpretativo ontológico, foi encarado ao virar do século XVIII, com Bichat¹¹³ e a medicina clínica, como uma realidade biológica, atingindo o ser individual por uma espécie de desvio das leis da vida¹¹⁴. Ao virar do século XX Claud Bernard sublinhou esta nova ordem racional que se abriu sobre o estudo da biologia e da fisiologia, ajustando esta visão aos novos objectos das ciências biofisiológicas¹¹⁵.

2.3.3 O normal e o patológico

Talvez pelo facto da psiquiatria manter uma relação mais estreita com a filosofia, através da psicologia, do que a mantida com a medicina geral ou com a fisiologia, explica a preocupação conceptual dos psiquiatras ao redor do problema da normalidade – anormalidade. E os limites, a lógica e até a própria substância destes conceitos, têm sofrido, mesmo dentro da filosofia, flutuações tão radicais através dos tempos que, diríamos, estarmos por vezes diante de realidades não só diferentes mas até opostas.

O saber clássico da norma e do valor, que antes ensinava a falar, a construir pontes e a comportar-se de determinada forma, não foi substituído, na modernidade, por um critério do normal e do anormal que seja generalizável; perante esta situação, uns encontram motivo de prazer, outros de desespero ou de indiferença.

As utopias, como aliás muitos sistemas filosóficos, destinam-se a combater o desvio, a anomalia. A utopia é sempre, no fundo, uma lógica e portanto um sistema fechado. Platão¹¹⁶ ou Morus¹¹⁷, geniais pensadores das utopias, sempre aceitaram mal a inovação, a anormalidade e até o próprio tempo que, no fundo, representa sempre o pressuposto da mudança. As utopias visam, em última análise, uma espécie de lógica da norma, a exclusão do anormal. A cidade ideal de Platão é regida por normas. A ordem é imutável como a ordem do cosmos. Trata-se de organizar a alma desejanter (ventre, instintos), a alma racional (da cabeça) e a alma

¹¹³ Canguilhem, Georges. (1978): *O Normal e o Patológico*, Op. cit., Pg. 41.

¹¹⁴ Agra, Cândido (1986): Op. cit., Pg. 183.

¹¹⁵ Agra, Cândido (1986): *Ibiden.*, Pg. 184, 185.

¹¹⁶ Platão (1975): *A República – Livro LX*, Publicações Europa América, Lisboa.

¹¹⁷ Morus, Tomás – *A Utopia*, Op. cit.

do coração (do amor), de forma perfeita. A ilusão de Platão é criar uma sociedade de insectos (uma colmeia onde tudo bate ao ritmo do rigor). Por isso, a política converte-se em biologia, e os monstros, os mal sucedidos, são então expostos ou guardados num lugar secreto. Platão sonha com um mundo sem patologia, onde tudo deve seguir o movimento dos planetas.

A norma não é apenas uma regularidade estatística, é também um modelo cultural, como em cima ficou bem explícito. O ocidente vive todos os dias a crise das normas. Aliás, é esta incerteza que caracteriza o mundo moderno. Certamente que a modernidade não é ausência de regras, de normas; simplesmente, elas circulam cada vez mais depressa; às vezes mesmo de forma vertiginosa não dando sequer tempo às sociedades para as absorver. Daí a crescente dificuldade em lidar com estes conceitos que, nos nossos dias, assumem dimensões éticas e sociais enormes, muito particularmente no campo do comportamento.

Segundo Lagache¹¹⁸, naquilo a que ele chama a consciência anormal, devem ser distinguidas variações de natureza e de grau em relação ao afastamento do normal. Este autor diferencia, tal como Jaspers pensava, estados nos quais existe uma ruptura com o passado, dos estados em que a personalidade do paciente se apresenta como um prolongamento compreensível da personalidade anterior. Portanto, existem circunstâncias nas quais a personalidade actual do doente nada tem a ver com a personalidade anterior à doença. Distinta, e de certa forma oposta, é a posição de Ribot¹¹⁹, para quem a doença mais não é do que um substituto natural de experimentação, que respeita a natureza e até a ordem dos elementos normais, nos quais ela (doença), refracta as funções psíquicas; neste sentido a doença desorganiza sem provocar transformações e rupturas.

Minkowski¹²⁰ defende o princípio de que a alienação não pode ser reduzida a um facto de doença, que define, comparando-a com um facto característico do comportamento imputável a um homem médio ou normal. A alienação capta-se mais pela intuição do que pelo saber ou pela ciência. Diz Minkowski que diagnosticamos a

¹¹⁸ Canguilhem, Georges. (1978): Op. cit., Pg. 87.

¹¹⁹ Ibidem., Pg. 89.

¹²⁰ Ibidem., Pg. 90.

alienação mais como homens do que como especialistas. Trata-se duma situação carregada de singularidade, na qual o paciente tem muitas dificuldades em se enquadrar, não só na convivência com os outros (frequentemente não se enquadra mesmo), mas, sobretudo, consigo próprio. Portanto, a alienação ultrapassa o conceito de doença, abrindo, para o portador da anomalia psíquica, características excepcionais de existência, modos distintos de ser, “ser de modo diferente” no sentido qualitativo da expressão. Aliás Minkowski encontra na afecção humana uma espécie de hierarquia do adoecer, explicitando que na afecção somática não aparece qualquer ruptura de discurso com o seu semelhante (a doença é para o médico aquilo que é para o próprio doente), ao passo que na afecção mental autêntica, rompe-se o acordo entre semelhantes (o discurso tem para o paciente um registo privado e singular, não tendo este – o doente - consciência do seu estado). Porém, em ambos os tipos de adoecer (somático e psíquico), parece descobrir-se uma certa dinâmica de superação que emerge da intimidade do ser. Trata-se, portanto, duma opinião diferente da de Leriche para o qual a saúde correspondia “à vida no silêncio dos órgãos”, não havendo, por consequência, consciência da vida (concreta, substantiva) a não ser pela janela da doença, isto é, o normal biológico só se revela por infracções à norma (como acontece na doença).

Goldstein¹²¹ acha que em matéria de doença a norma é, antes de tudo, uma regra individual; cada um tem a possibilidade de ajustar a norma ao seus interesses singulares. Para este clínico, é sempre o indivíduo concreto que devemos tomar como ponto de referência; e porquê? Porque determinado sujeito pode-se encontrar à altura dos deveres resultantes do meio que o envolve, em condições orgânicas, que, para um outro sujeito, seriam inadequadas ao cumprimento dos tais deveres emergentes do seu meio. Assim, para este autor, uma média obtida estatisticamente não permite dizer se determinado sujeito, por nós observado, é normal ou anormal. Existe como que uma relatividade individual do normal biológico. Sublinha ainda Goldstein, que, o organismo normal e saudável, é aquele “em que a tendência para a auto-realização vem de dentro e supera a perturbação decorrente do choque com o

¹²¹ Canguilhem, Georges. (1978): Op. cit., Pg. 90.

mundo, não por ansiedade e sim pelo prazer de conquista”¹²².

Henri Ey segue, em relação a este assunto, uma orientação semelhante à de Minkowski, para quem a vida correspondia, como vimos, a um movimento potencial de superação, não distinguindo, neste capítulo, a anomalia somática da anomalia psíquica. Escreve Ey: “O normal não é uma média correlativa a um conceito social, não é um julgamento da realidade, é um julgamento de valor, é uma noção-limite que define o máximo de capacidade psíquica de um ser. Não há limite superior de normalidade”¹²³.

Jaspers, compreendendo as dificuldades em delimitar estes conceitos (normal, anormal, saúde, doença), faz deslocar um pouco o pólo da definição para o lado do doente. A apreciação que o paciente faz do seu estado, conjugada com as ideias que prevalecem no seu meio social é que determinam a doença; por consequência, não é tanto o que o médico diz, mas é muito mais o que o doente sente que, na opinião de Jaspers, melhor conceptualiza a doença. “Doente é um conceito geral de não valor que compreende todos os significados negativos possíveis”¹²⁴. O que ao médico interessa é diagnosticar e curar, ou seja é fazer regressar à norma uma parte da vida funcional ou orgânica que, por qualquer razão, dela se tenha afastado. Mas afinal o que significa regressar à norma? Para o médico “o estado normal designa ao mesmo tempo o estado habitual dos órgãos e o seu estado ideal, já que o restabelecimento desse estado habitual é o objecto usual da terapêutica”¹²⁵.

Ser vivo, não é ser normal, mas sim fornecer continuamente normas e escolhas entre o são e o não são, normas estas que garantem a polaridade dinâmica da vida, impondo valores não só ao próprio organismo, mas também ao meio onde este está inserido – normatividade biológica.

Todo o conceito empírico de doença, conserva em si uma estreita relação com outros conceitos, designadamente com aqueles que se relacionam com dimensões de carácter valorativo e até moral da própria doença. Por consequência, qualificar de

¹²² Goldstein, K. Em: Hall, C. Lindzey, G. Campbell, J. (2000): Op cit., Pg. 353.

¹²³ Ey. Henri, Em: Canguilhem, George (1978): Op. cit., Pg. 90.

¹²⁴ Jaspers, Carl. Em: Canguilhem, Georges. , Ibidem, Página 93.

¹²⁵ Canguilhem, Georges. (1978): Ibidem., Pg. 96.

patológico um determinado fenómeno biológico, não pode ser determinado apenas por métodos objectivos, mas também e, sobretudo, apreciando, através da clínica, o indivíduo eventualmente doente, em toda a sua globalidade e extensão integrada, valorizando portanto a sua circunstância existencial. Só após a relação do clínico com o sujeito doente é legítimo o uso do qualificativo semântico e conceptual do patológico. Evidentemente que a patologia pode ser guiada por metodologias objectivas e até experimentais, isso depende um pouco dos clínicos que a praticam, porém, a intenção do patologista não transforma o seu objecto numa matéria vazia de subjectividade, dado que antes de estarmos perante algo factual, objectivo de certo modo, estamos perante algo indiscutivelmente valorativo.

O grande problema da norma é o problema da loucura. O que se diz, ou pelo menos o que se quer dizer, quando se escreve sobre o anormal, sobre a loucura? Reparemos que se escreve sobre a loucura e não a loucura em si mesma. No fundo, escreve-se sobre a história da conquista do domínio da racionalidade; portanto da rejeição da loucura.

A loucura não é mais do que uma estranheza inquietante, tornando-se assim um mero objecto de conhecimento. A linguagem da psiquiatria ou da psicologia será então, por enquanto, e, sobretudo no que se refere à esquizofrenia (verdadeira cristalização daquilo a que outrora se chamava a loucura), o monólogo de uma razão que só pode aceitar que se lhe escapem continuamente os significados.

A questão que Foucault levanta, quando fala da arqueologia do silêncio, remete para a dificuldade de articular um discurso que se referisse apenas a si próprio. Quando se fala do louco, do anormal, cria-se uma organização. E falar da loucura é, apesar de tudo, ainda uma protecção. A frase é, por essência, normal, traz em si a normalidade, quer dizer, o sentido. E o sentido é uma espécie de defesa contra a ficção; ora o louco é aquele que se perde na sua própria ficção. No fundo a loucura corresponde à liberdade da linguagem que renunciou a fazer-se reconhecer; então a ausência da linguagem pode manifestar-se num discurso no qual o sujeito, em vez de falar, é falado, quer dizer, é referido, é notado.

“A doença é indissociável da vida e da morte”¹²⁶. De alguma maneira a vida corresponde a um traço de união entre duas mortes; a morte da matéria amorfa para dar origem à vida e a morte da matéria viva para abrir portas à morte. Portanto as leis físicas e químicas de alguma forma adulteram-se (morrem, no sentido em que só a matéria inanimada cumpre cabalmente os requisitos das leis da química e da física) para darem lugar à vida dum indivíduo ou duma pessoa e por sua vez esta (a vida) dilui-se na vertente social da vida. As gerações mais não são do que sequências deste contínuo de vida e morte, coexistindo ambos os fenómenos na confluência do viver e morrer dos indivíduos. Entre estes dois momentos (viver e morrer) a morte toma lugar no corpo vivo. Afasta-se, vivendo apagada durante todo o percurso do indivíduo na vida e, reciprocamente reaparece no momento de apagamento do indivíduo para se incluir de novo numa outra individualidade viva. Neste sentido a morte assume a racionalidade da vida. Então a morte desvia-se da vida durante todo o processo de individuação (o tempo não só da existência mas da própria vida) e, a individuação desvia-se da vida morrendo. “É isto a doença: ela é ao mesmo tempo a morte vivente e a vida agonizante dum ser individual”¹²⁷. A vida é então composta por individualidades viventes e integradas (biológica, psíquica e social), ordenadas por e para a morte.

Tal como na vida plena, durante o intervalo viver – morrer, a morte “corporiza-se” escondida na génese, na evolução e no funcionamento do indivíduo vivo (racionalidade da vida); também na doença a morte se torna vivente e a vida moribunda no ser individual, forçando desvios progressivos às leis da vida, implicando um processo de génese, evolução e funcionamento ordenado pela espécie e pelo meio ambiente (racionalidade biológica da doença).

A medicina clínica orienta-se, a partir de Bichat (início do século XIX), para este racionalismo biológico, abandonando o colorido ontológico que havia herdado do passado clássico e medieval. O mesmo acontece com a vertente social da doença que, com Durkheim¹²⁸ se afasta igualmente da concepção ontológica dos factos da

¹²⁶ Agra, Cândido (1986):, Op. cit. Pg. 216.

¹²⁷ Ibidem., Pg. 216.

¹²⁸ Ibidem., Pg. 196.

patologia social, criando uma nova visão para este tipo de fenómenos: racionalidade biológica da patologia social. Também a medicina mental, no final do século XIX se viu, de alguma forma, forçada a abandonar a concepção ontológica que a havia alimentado, particularmente desde a revolução francesa, para assumir um novo registo relacionado com a dialéctica da vida e da morte, ganhando igualmente uma lógica de morbilidade que a transporta para a concepção médica do adoecer: racionalidade biológica da alienação mental. Assim, a doença mental, como qualquer doença, “é um fenómeno de vida, de génese, de evolução, de funcionamento, implica uma ou várias causas, evolui, provoca transtornos funcionais...”¹²⁹; só uma visão alicerçada nesta lógica (racionalidade biológica da doença mental), permite uma concepção sistémica, a um só tempo abrangente e convergente, implicando uma articulação coerente entre a espécie, o indivíduo e a sociedade, por forma a entender a doença na sua génese, na sua evolução e no seu funcionamento.

No início do século XX apareceram reforçadas algumas teorias que vinham já do século XIX, estendendo o conceito de normal e anormal para domínios de natureza sistémica e comunicacional. O patológico deslocou-se, de uma lógica orientada pelo sistema: espécie – hereditariedade – génese – evolução – meio, para uma lógica dirigida para o esquema: indivíduo – meio – criação – mudança. “A doença toma corpo e espírito com o corpo e o espírito do indivíduo, toma forma com as formas de vida desenhadas para a temporalidade criativa da vida social”¹³⁰. Os dispositivos de controlo da doença e da doença mental, orientam-se muito mais para a saúde do que para o binómio normal – patológico. Medicina e medicina mental debruçam-se então sobre o indivíduo entendido como um todo, isto é sobre o espaço dinâmico onde se estabelecem as relações do indivíduo (somatopsíquico) com o meio (a sociedade da qual o indivíduo é elemento). Esta nova estratégia marca, de certa forma, uma ruptura com a racionalidade heredo-biológica (degenerescência) e o nascimento da nova racionalidade da doença, assente no tal espaço dinâmico já referido (binómio relacional indivíduo – meio).

A complexidade conceptual que envolve a questão da doença e da saúde e, por

¹²⁹ Agra, Cândido (1986): Op. cit., Pg. 218.

¹³⁰ Ibidem., Pg. 291.

arrastamento, da doença mental e da saúde psíquica, face ao fantástico avanço da medicina nas últimas décadas, justifica o período crítico que caracteriza o nosso tempo. A racionalidade biológica, característica das correntes filosóficas atrás referidas, perdeu algum do seu peso, emergindo como modelo conceptual e interpretativo do patológico, um modelo baseado na racionalidade sistémica comunicacional do mundo e do saber do mundo. “A psiquiatria sempre parasitou as outras disciplinas”¹³¹. Mas então, se estas evoluíram do individual para o sistémico, como se poderia compreender que a psiquiatria não evoluísse também, acompanhando aliás a mudança operada nas outras disciplinas? Pois se do mundo fazem parte mensagens, comunicações e sistemas (e nos tempos que correm são estes os elementos mais significativos do “estar no mundo”) e se, naturalmente, o mundo da doença pertence ao mundo global, necessariamente a nova configuração do discurso da doença, terá de assentar na racionalidade comunicacional – informacional – sistémica, formando com as individualidades biológicas, psicológicas e sociais, sistemas abertos em comunicação interactiva uns com os outros.

Em resumo, se observarmos diacrónicamente a evolução do conceito de perturbação mental nos últimos 100 anos, constatamos, com Cândido Agra, que, do interior dos sistemas bioantroposociais, emergiu nas últimas décadas, uma nova configuração do discurso da doença mental - a *discomunicação*¹³². Assim, daquilo a que se chamava desatino (quebra da razão) da época clássica, passou-se para a degenerescência dos finais do século XIX; o conceito evoluiu mais tarde (a partir dos anos vinte), para a expressão sintética - *desadaptação* ou *desajustamento*, ganhando nas últimas décadas uma nova configuração discursiva, a *discomunicação*.

2.3.4 *Como se integra à luz da leitura existencial o anormal, o desvio, o patológico?*

A normalidade, que parece fazer referência à ordem existente, não tem nem os atractivos da desobediência, nem as virtudes da inovação; mas é passando por uma norma que se triunfa ou se perde no jogo da vida.

¹³¹ Agra, Cândido (1986): Op. cit., Pg. 379.

¹³² Ibidem., Pg. 381.

Etimologicamente, a norma latina corresponde ao esquadro: aquilo que não pende nem para a direita, nem para a esquerda, portanto aquilo que se mantém num justo meio termo. Desta concepção resultam dois sentidos: é normal aquilo que é como deve ser; e é normal aquilo que constitui a média de uma característica observada, ou que pelo menos se aproxima desta média. Discutida a normalidade por esta perspectiva, pairamos sobre um terreno conceptual ambíguo, designando ao mesmo tempo um facto e um valor.

Ora, o desenvolvimento das pessoas, pára, habitualmente, no estágio da normalidade. Alguns, no entanto, caem na morbidade no decurso do processo e, então, “regridem” para aquilo a que se pode chamar uma certa forma de “loucura”. Outros, pelo contrário, progredindo para a “saúde”, acabam por ultrapassar a normalidade social, conservando embora, suficiente consciência dos critérios sociais de normalidade, para não serem considerados doentes. Nesta perspectiva, a normalidade opõe-se não só à loucura, mas também à saúde. A saúde aproxima-se da loucura, mas, a separá-las, há um vazio determinante: Ilustremos o que estamos a dizer com este exemplo categórico: o “esquizofrénico” Van Gogh quando pinta é são, quando denuncia, através do comportamento, a sua estranha singularidade, é louco.

Aquilo a que os antigos gregos chamavam “paideia” corresponde ao que forma o indivíduo no social e através do social. Toda a sociedade contém condições de possibilidade, mas é fora de tais banalidades que se insere aquilo que é norma social. A norma dada não é natural, e por isso, não é universal. Cada sociedade institui um padrão de normalidade. Com efeito, os homens não nascem iguais ou desiguais, eles são inseridos nas redes que tecem esta ou aquela normalidade. Por isso, à luz da leitura existencial, o anormal, o simples desvio ou o patológico, sofrem mutações conceptuais mais ou menos marcadas, de acordo com os tempos ou os espaços que enquadram os respectivos comportamentos. Mesmo em relação ao anormal chamado doença esquizofrénica, e, baseando-nos apenas (para simplificar o nosso raciocínio) nas coordenadas científicas e culturais (ou mais propriamente transculturais) do mundo contemporâneo, o enquadramento existencial da questão torna-se problemático. Para tanto, basta pensar que comportamentos absolutamente

desviados da regra usual, num determinado contexto (certos rituais religiosos característicos de alguns grupos sociais, ou certas atitudes assumidas por exemplo por chefias militares ou políticas), facilmente cairiam no território paranoide, quando analisados à luz do crivo psicopatológico corrente das sociedades que compõem o chamado mundo civilizado. A história universal recente é, infelizmente, rica em exemplos deste tipo.

Não se pode definir um indivíduo como "perverso", sem nos reportarmos a uma norma, a norma do acto genital. A perversão revela-se nada mais do que a inversão da normalidade sexual, estatisticamente definida. Depois, bom depois, limitamo-nos a iluminar com a luz negra deste pressuposto (quase sempre escondido, até da consciência) os outros desvios do comportamento social.

Criticar uma norma não é só criticar o valor, é pôr a questão fundamental de saber o que vale o valor, a norma. Nietzsche redige uma genealogia dos valores, em que afirma que os valores, não podem ser universais, pois não existem valores em si. Existem valores que nascem com uma intensidade anárquica e outros que nascem já estabelecidos e uniformes. Portanto, Nietzsche não contrapõe o normal e o anormal, o verdadeiro e o falso, mas sim o nobre e o vil, o alto e o baixo. Para Nietzsche, a história divide-se em duas: de um lado, a multidão dos que repetem os modelos normalizados (a verdade dos escravos e a sua baixeza), e do outro, os singulares, os inventores que fornecem normas.

Mas que norma ? Olhemos a questão pela janela social.

Qual é o fim da organização social? O bem da humanidade, o belo, o justo. São normas que dependem muito mais do *nomos* do que da *physis*.

Só a lei pode tornar igual o que é heterogéneo, o que é diverso. Toda a lei estabelece normas, convenções, que uma vez fixadas, serão ainda mais arbitrárias.

A justiça, por exemplo, nunca é simples adesão á lei. É sempre algo mais. Nem todos concordam com os valores de base da lei: alguns vêem-nos na liberdade, outros na pobreza, outros na riqueza, etc.

Põe-se pois a questão, de como avaliar as normas? Os homens não são nem livres, nem iguais, nem normais nem anormais. E o normal e a virtude não nascem

como os frutos nas árvores. A norma sempre recorta e distribui. Castiga, recompensa, decide quem é virtuoso e quem não é.

A operação de estabelecer o equitativo e o não equitativo é completamente confinada à norma e à justiça: Mas esta, é arbitrária, depende de quem a exerce.

Com a norma médica e, no caso que nos ocupa (esquizofrenia), com a norma psicológica e psiquiátrica (por exemplo os sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider funcionam como verdadeiras leis para o enquadramento nosográfico), a situação inverte-se um pouco, na medida em que os sinais clínicos (pelo menos no nosso entender) dependem mais da *physis* do que do *nomos*. De facto, nas formas processuais da esquizofrenia, a fenomenologia que emerge dos sintomas primários tem o recorte que tem pela sua profunda radicularização na vertente física da vida.

3 Ao encontro da norma - do normal ao anormal

3.1 A lógica e a realidade inter-humana comum

A realidade assume-se, de alguma forma, como o objecto da ciência e do conhecimento e a verdade como o objecto da lógica. Realidade e lógica estão assim permanentemente amarradas pelas cordas entrançadas da verdade e do conhecimento (científico ou não).

O real opõe-se de certa maneira ao imaginário, mas sem a imaginação o homem teria dificuldade em estabelecer hipóteses para a obtenção do conhecimento, para prever, para supor, em suma para realizar o próprio real.

A realidade pode ser abstracta ou concreta. Por exemplo uma alucinação é uma realidade para quem experimenta a vivência alucinatória, transformando-se numa outra realidade para quem observa de fora a experiência alucinatória de outrem.

Assim explanados, os limites da realidade e da lógica são relativamente confusos, exigindo sempre do observador cuidados redobrados para evitar quedas em juízos apriorísticos perigosos em matéria de avaliação psicopatológica.

Há, de facto, uma realidade básica, que é comum ao fluir das relações inter-pessoais. As malhas que tecem estas relações são constituídas pelos argumentos que emanam da mesma lógica, isto é, da mesma verdade. Por outras palavras, são construídas pelas verdades comuns a todas as pessoas ditas normais para uma determinada sociedade, enquadrada por coordenadas espaciais, temporais e culturais que lhe confere uma afinidade própria. É esta a realidade inter-humana que permite não só a convivência social, mas também a comunicação inter-pessoal, pautadas ambas pelas leis da lógica. Do terreno desta realidade inter-humana, que é comum a todos os indivíduos que constituem a malha psicossocial, liberta-se o perfume da confiança que, de certa forma, garante o sucesso da convivência. Ora, na doença esquizofrénica está minado este terreno (o campo da realidade inter-humana comum), adulterada por consequência a lógica que lhe serve de suporte e

facilitada, por esta via, a queda para a exclusão inter-pessoal.

3.2 A personalidade anormal

A personalidade normal é, como acima referimos a que está de acordo com a norma. E esta pode conceber-se em referência quer a costumes mutáveis ou habituais, quer a modelos descritivos mais ou menos convencionais.

Com Kurt Schneider consideramos a personalidade anormal, aquela que se afasta de uma determinada maneira de ser e de actuar, tendo em conta o que é comum aos restantes membros do grupo quando mergulhados em circunstâncias de actuação sensivelmente semelhantes. O mesmo autor separa das personalidades anormais, as personalidades psicopáticas definindo-as assim: “as que sofrem pela sua anormalidade ou que por causa dela (anormalidade) fazem sofrer a sociedade”¹³³. Parece-nos demasiado ampla esta definição; se a tomássemos à risca todos ou quase todos os doentes psicóticos cairiam no terreno da psicopatia, pois grande parte dos psicóticos, defectuais ou não, sofrem ou fazem sofrer, por força do seu comportamento, a sociedade onde estão inseridos.

O que acontece é que, como demonstraremos nas conclusões do nosso estudo, muitas das esquizofrenias estão montadas sobre personalidades específicas, riscadas por traços anómalos, umas vezes já explícitos no passado, outras vezes de todo escondidos ou neutralizados por processos compensatórios diversos. Tais personalidades, estão naturalmente mais expostas à queda psicótica, oferecendo maior susceptibilidade para a instalação da doença; neste sentido podemos, de facto, falar em personalidade anormal na base de muitas esquizofrenias.

Porém, muito do acontecer vivencial reactivo, desenvolve-se sobre terrenos anormais e até psicopáticos e, pelo contrário, muito do acontecer psicótico, evolui em personalidades até aí perfeitamente normais, pelo menos quando contempladas pelos olhos isentos da fenomenologia.

¹³³ Schneider, Kurt (1963): *Patopsicologia Clínica*, 2ª edição em língua espanhola, Editorial Paz Montalvo, Madrid, Pg. 33.

3.2.1 A esquizopatia

Ao longo de todo o nosso trabalho ressaltou, como adiante comprovaremos, a grande importância da personalidade, não só no desencadeamento da enfermidade, mas também na própria configuração temática e formal da mesma.

Por outro lado, estão bem expressos e sublinhados nas diversas histórias de vida, exemplos vários de situações clínicas, com expressão psicopatológica que, provavelmente, corresponderam a situações que se poderão chamar pré-monitórias da futura enfermidade.

Assim, ousamos propor um novo conceito que caracteriza o “estar no mundo” pré psicótico e que designamos por esquizopatia. Haver ruptura ou continuidade entre a esquizofrenia e a esquizopatia é, apenas, um problema epistemológico. Aliás, o mesmo tipo de problema acontece entre a fenomenologia e a psicanálise. De alguma forma a esquizopatia é uma doença em potência. A este respeito iluminamos o nosso pensamento com a luz da distinção aristotélica entre acto e potência. O acto remonta à essência do ser (por exemplo, árvore), isto é, aquilo que é, enquanto que potência é aquilo que virá a ser ou que simplesmente pode vir a ser (por exemplo, semente).

3.3 A “anormalidade” como sofrimento

3.3.1 O sofrimento

A palavra sofrimento aparece já no português do século XIII¹³⁴ com um sentido muito próximo do actual, derivando do verbo latino *suffere* (em português arcaico - *soffrer*) com o significado de suportar, aguentar, padecer. Reparemos que o seu uso medieval fazia muito mais apelo ao valor da palavra, no sentido, por assim dizer, moral do que clínico. Quer dizer, o sofrimento sempre foi entendido como algo que corre ao lado da doença ou do desconforto moral, mas não é a própria doença, como hoje se tende a admitir, pelo menos em certos círculos.

¹³⁴ Cunha, A. Geraldo (1996): Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa. Op. cit., Pg. 731.
Nota: No português medieval a palavra mantinha a sua expressão latina (Lt. *soffrença*).

O sofrimento corresponde portanto a um desconforto moral ou físico, podendo adquirir cambiantes fenomenológicos diversos, consoante os factores desencadeantes e, ou, os factores da personalidade.

Como aparece? Qual o leito que serve de matriz ao sofrimento primário (ou primeiro)? Qual a importância da rugosidade do leito?

Fluindo no transfundo da existência de cada um, corre, palpitando incansavelmente, um sentimento que se vive e vivencia como uma espécie de inquietação ou, talvez melhor dito, de preocupação, por algo indefinido, mas que tem a ver com uma espécie de interrogação a respeito do todo ou da parte que está para vir, a respeito do todo ou da parte que corre em direcção a nós partindo do futuro (inversão do tempo), ou nós em direcção ao algo que está para vir partindo do presente.

Se quisermos analisar, no plano estrutural, tal experiência (que ainda não é o sofrimento no sentido fenomenológico), veremos que ela corresponde a qualquer coisa que lembra uma espécie de tonos existencial (por similitude com o tonos muscular que nos permite por exemplo estar de pé), com um colorido fenoménico difícil de precisar, mas que poderíamos desenhar assim: um mal estar enraizado em dúvidas respeitantes ao devir, conjugado com expectativas esperançosas relacionadas com o mesmo devir. Nesta conjugação, quase sempre a componente de dúvida é mais exuberante do que a componente de esperança; daí a aragem de desconforto vivenciada nestes planos profundos da existência. Do borbulhar resultante desta corrente vital, que flui automaticamente por sobre o tal leito por onde escorre a vida e a existência, espuma um sofrimento básico, por assim dizer primário, que torna secundários todos os outros sofrimentos. Tal sofrimento, emerge da necessidade, que cada um tem dentro de si, de encontrar uma razão plausível e categórica para a sua própria existência e a ausência de resposta satisfatória para tal desígnio. Como reflexo desta insatisfação, contínua e corrente, surge o sofrimento primário. De alguma maneira poderíamos dizer que todas as dores mergulham as suas raízes no referido leito da corrente vital (mais pedregoso ou menos pedregoso, consoante o percurso e as circunstâncias de momento, tal qual acontece com os rios e os seus múltiplos redemoinhos), bebendo portanto a sua força e a sua cor da força

e da cor do sofrimento básico. Estamos perante aquilo a que vulgarmente se chama a angústia existencial.

A experiência de angústia (cuja matriz primeira acabámos de expor), corresponde a um sentimento de fundo, penoso, dorido, ligado quase sempre a acontecimentos da vida afectiva que, continuamente, pulsa no interior de cada homem. Tal sofrimento é experimentado como um constrangimento, como uma experiência de sufocação psíquica (como se a alma tivesse de respirar num ambiente densamente poluído), muitas vezes mesclada com imagens ou ideias, cujo colorido sombrio se acentua. A angústia está então intimamente ligada à existência, levantando-se diante do homem sempre que, este, nos seus movimentos reflexivos, se reconhece só (perto de si, só consigo mesmo e afastado dos outros). E só, enfrentando a vida e enfrentando a morte (sobretudo a morte), o homem contempla o nada da não existência. A angústia é então a resposta ante o nada. Quando a angústia se agudiza, como acontece, por exemplo, no confronto do homem com a incorporeidade do nada, pode eventualmente concentrar-se, ou melhor localizar-se algures no corpo, transformando-se na experiência ansiosa. “O homem transporta em si, é da sua natureza, uma possibilidade nihilista. ...pode diminuir-se até à destruição. Pode *chegar - a - ser - nada*”¹³⁵.

Enquanto que a angústia está muito mais relacionada com a existência, a ansiedade está muito mais relacionada com a vida. Daí o seu aspecto substantivo; é algo que tem um lugar (no pescoço, no peito ou na frente), é algo que, flutuando no tempo, assume uma duração, que coloca o homem (em circunstâncias determinadas) perante o espectro da morte (da morte física, bem entendido).

Então, o sofrimento, usualmente conhecido por ansiedade, tem um recorte fenomenológico distinto do da angústia. Corresponde a algo que é vivenciado como uma sensação, desagradável, sediada algures no corpo, invadindo todo o sentir vital, de forma quase sempre difusa e qualitativamente diversa, mas sempre relacionada com fenómenos ligados à corporalidade; a vivência de aperto, de constrição, de opressão no peito ou pescoço, são algumas das experiências específicas do

¹³⁵ Coelho, Bernardo T. (1984): Patologia Antropológica da Sexualidade (Pg.11). Separata de “O Médico” N°1686, Ano 35, Pg. 471-497, Vol. 110, Porto.

fenómeno ansioso.

As vivências de sofrimento não se esgotam nas vivências de ansiedade e de angústia. Outras cordas, de natureza emocional, podem ser, em cada momento, percutidas originando outros timbres fenoménicos. Por exemplo, a tristeza, o desespero, as dores físicas da mais diversa índole, constituem outros tantos sons que se escutam na intimidade de cada homem, quer na vida psicológica normal, quer na vida psicopatológica. Tais experiências de sofrimento, constituem cambiantes emocionais fundamentais para a realização do homem, imprescindíveis ao livre curso da vida psíquica superior, constituindo até, os requisitos inalienáveis da sua própria (do homem) liberdade.

Como ensinou H. G. Araújo, citando Nietzsche, “a angústia não seria mais do que a vertigem da liberdade”¹³⁶; numa palavra a angústia resulta do confronto do homem com a finitude da sua existência, acabando ao fim e ao cabo por ser o produto da sua liberdade ante o nada da não existência.

Sentimos, que, é essencialmente esta dimensão antropológica da angústia, a liberdade perante o espectro da finitude da existência, que está minada na esquizofrenia. É exactamente por isso, que em muitas das nossas histórias clínicas, a vivência da ruptura biográfica, enquanto experiência dum certo tipo de finitude existencial, é percebida sem angústia, ou, pelo menos, com uma angústia de todo desfocada da realidade vivenciada.

3.3.2 *O adoecer como uma forma do anormal (Antropologia do sofrimento)*

Normal, no sentido global, repetimo-lo mais uma vez, corresponde à forma de estar no mundo própria da maioria das pessoas pertencentes a um determinado grupo que tem em comum um certo tipo de aproximação sócio-cultural. Pelo contrário, anormal é aquilo que num determinado comportamento se desvia da norma, tendo em conta o que é comum, em relação a esse mesmo comportamento, no correspondente grupo.

¹³⁶ Gomes de Araújo, H. (1985): Comunicação pessoal.

Anormal, visto neste sentido, não equivale a doente, dado que podemos alinhar um cem número de situações que se afastam da norma do grupo, porém mantêm-se perfeitamente enquadradas no campo da saúde. Estão neste caso, por exemplo, situações de mais valia intelectual ou artística e uma enorme multidão de traços da personalidade que não afectam excessivamente o sujeito na sua relação com o mundo e, não obstante a frequência, continuam a ser estatisticamente minoritários.

A doença, no sentido genérico, constitui um caso particular do anormal. "Enfermo é aquele que por qualquer motivo sofre por causa de si mesmo e do mundo numa medida superior ao que é corrente no seu país ou no seu grupo, aquele que não pode adaptar-se, até a uma medida que afecte a sua própria vida, às circunstâncias dadas, sempre que não sejam demasiado extremas, aquele que falha na sua afirmação frente à vida e ao mundo, que devido ao seu modo de ser sumamente distinto, não pode tolerar a existência numa vinculação vivente com os seus próximos"¹³⁷.

Esta definição de Scharfetter ladeia o problema crucial da conceptualização da doença proposta pela OMS. Como é conhecido, a OMS enfatiza, no campo da saúde, a presença dum estado de completo bem estar físico e psíquico, que, na vida psicológica normal, só episodicamente é experimentado e, pelo contrário, na vida psicopatológica, muitas vezes é até sinal de enfermidade.

Porém, não abdicamos, em relação à nossa investigação (esquizofrenia) da delimitação conceptual proposta por K. Schneider que reduz o conceito psiquiátrico de enfermidade - aos transtornos somaticamente originados¹³⁸.

Em relação ao sofrimento não psicótico, designadamente em relação às "reações vivenciais normais e anormais" descritas por Jaspers e Kurt Schneider, a passagem do normal para o anormal processa-se seguindo caminhos bem definidos e segundo regras absolutamente claras. Recordemos esquematicamente essas regras: 1º - A reacção vivencial não surgiria sem a vivência que a originou e tem uma intensidade proporcional à causa. 2º - O tema da situação reactiva está de acordo

¹³⁷ CH. Scharfetter (1977): Op cit., Pg. 30.

¹³⁸ Schneider, Kurt. (1963): Op. cit. Pg. 20.

com a causa originante. 3º - A situação reactiva é pelo que respeita ao curso temporal dependente da causa originante e cessa quando cessa a causa.

Ora, acontece que, em muitas situações reactivas deste tipo, o respeito pelas referidas regras surge adulterado, quer no que se refere por exemplo à intensidade da resposta, quer em relação à duração da mesma, quer ainda em relação à qualidade da resposta (o conteúdo não tem uma relação coerente com a causa). Na maior parte destas reacções vivenciais, o sofrimento que começou por ser uma resposta emocional normal a uma situação desencadeante, interna (conflitos íntimos) ou externa, rapidamente se desloca para o campo do anormal (seguindo os critérios acima explicitados), adquirindo contornos psicopatológicos evidentes. Assim, podem aparecer reacções depressivas, de angústia, de susto, de terror, etc., todas elas carregadas de grande sofrimento. Mas também podem surgir, e, disso damos conta nos nossos exemplos, reacções doutra natureza, tais como estados crepusculares e situações delirantes, nas quais o sofrimento está como que mascarado pela situação psicopatológica.

3.4 O anormal da psicologia e a psicologia do anormal (Karl Jaspers)

A questão crucial que se coloca é esta: é a psicopatologia uma deformação (ocasionada pela enfermidade) da psicologia, ou pelo contrário é a psicopatologia uma psicologia do patológico, ou seja uma psicologia do indivíduo cujo espírito sofreu uma mutação, em certos casos radical, provocada pela doença?

Guiados por Karl Jaspers e Minkowski, encontramos nos nossos casos clínicos exemplos ilustrativos das duas condições.

Em muitas ocasiões confrontamo-nos com situações nas quais, o fluir psicopatológico, nos obriga a saltos no incompreensível, projectando-nos para fora do território da vida psicológica normal. Contemplamos então vivências absolutamente novas, perante as quais só nos resta abrir os olhos da inteligência, cheirar o odor da estranheza (nossa e do outro), captar a fenomenologia e alinhar os sintomas e os sinais com vista ao diagnóstico e à terapêutica possível. Estamos perante uma psicologia nova, ou melhor, uma psicologia cujo principal objectivo é

estudar vivências irrepetíveis, pelo menos em circunstâncias psicológicas normais, numa palavra, estamos perante uma psicologia do patológico.

Porém, inúmeras situações psicopatológicas, desfilam alinhadas numa grelha compreensível, encadeando-se o acontecer psicótico ou o acontecer vivencial-reactivo, numa estrutura global claramente lógica. Em relação a estas situações clínicas, podemos falar, com toda a propriedade, duma deformação da psicologia (maior ou menor), originada pela doença (ou simplesmente originada pelo agente externo ou interno). A psicopatologia é, então, nestes casos, uma patologia do psicológico.

3.5 A psicopatologia cartesiana (Kurt Schneider)

Especulando a propósito do que seja uma psicose (referimo-nos àquelas psicoses ditas endógenas), duas janelas se nos podem abrir. Uma metafísica, com horizontes amplos e profundos; porém, a paisagem contemplada através dela, não escapará à complexa dialéctica filosófica da relação do corpo com a alma. Outra não metafísica, abrindo-se para um cenário apertado e próximo; o que se pode contemplar é manifestamente superficial e assenta no chamado “dualismo empírico”; isto é, na pura constatação de factos corporais e psíquicos e na relação que sempre existe entre ambos.

Numa perspectiva estritamente materialista, a questão causal só se coloca enquanto possibilidade de descoberta de caminhos que nos possam conduzir às soluções requeridas.

Numa perspectiva psicanalítica, a psicose não é mais do que uma neurose que encontrou, no desencontro com o mundo, a forma de se manifestar. Nesse sentido, é perfeitamente compreensível e não radica em qualquer perturbação somática.

Numa perspectiva espiritualista, o caminho é nublado e conduz-nos sempre, ou quase sempre, ao vazio e à especulação.

Olhemos agora a psicose segundo o ponto de vista aristotélico-tomista. A enfermidade de base, da qual emerge a psicose, não passa, no estado actual da ciência, dum “postulado”. Ora, se recusamos a tese psicanalítica, que nega o

transtorno somático que gera a psicose, resta-nos explorar a interessante teoria aristotélico-tomista, segundo a qual, “o corpo e a alma são substâncias incompletas”¹³⁹, mas que, quando unidas, formam um todo cuja síntese é a própria substância completa e viva. Neste conjunto a alma enforma o corpo, talvez melhor, ela é a própria forma na sua dimensão mais profunda. A outra substância incompleta é a matéria. Ambas as substâncias incompletas se completam uma à outra numa ordenação natural. “Constituem juntas a totalidade da unidade substancial”¹⁴⁰.

A enfermidade seria então, em sentido estrito, um estado da matéria. Partindo da unidade substancial da alma somada ao corpo, não é difícil aceitar que a doença da matéria se repercute na forma, isto é, na alma, originando aquilo a que se poderia chamar uma espécie de loucura secundária. Por outro lado, poderíamos conceber um estado no qual o transtorno afectasse primariamente a forma, isto é, a alma, repercutindo-se no todo, com consequente perturbação da matéria como facilmente se percebe. As psicoses endógenas poderiam ser situações deste tipo e, a sê-lo, estaríamos desobrigados de procurar o tal “postulado” que refere a psicose a uma enfermidade somática por descobrir. Estas seriam as psicoses primárias ou endógenas. Aquelas seriam as psicoses sintomáticas e orgânicas.

Portanto, dum lado estará a loucura secundária, a loucura correspondente à lesão sediada na vertente orgânica da vida (psicoses sintomáticas e orgânicas), do outro lado estará a loucura que emerge primariamente da alma enformante da matéria viva, cuja perturbação pode “tocar” (e toca muitas vezes) o corpo físico, tal como uma maçã é tocada por uma aragem empestada (psicoses endógenas). Aliás, a simples observação clínica do que acontece na prática, em relação aos dois tipos de psicoses, demonstra que a ruptura da “continuidade de sentido” da vida, difere, em absoluto, de uma para a outra situação psicopatológica.

A ruptura da “continuidade de sentido” processa-se de maneira estranha, pelo menos estranha à vida. A vida, e, mais do que a vida a existência, flui num contínuo ininterrupto de acontecimentos, ligados uns aos outros com coerência, isto é, com

¹³⁹ Aquino, S. Tomás. (1227 – 1274): Em Wilhelm Weischedel, Op. cit., Pg. 103-111.

¹⁴⁰ Schneider, Kurt (1951): Interpretação especulativa da psicose. *Actas Luso Españolas de Neurologia y Psiquiatria* (trad. de Lopez Ibor) Vol X .

um mínimo de concordância racional e afectiva, produzindo uma espécie de movimento, que, arrancando do passado e, sugando continuamente o presente, atrai o futuro até si. Quando um acontecimento traumático (pela intensidade, pela duração ou pela qualidade), endógeno ou exógeno, trava o fluir natural dos acontecimentos, derrubando a coerência biográfica, ou pervertendo a natural orientação antropológica, dizemos que a vida fica partida num antes e num depois.

No sentido de manter sólido o terreno da investigação e da clínica, achamos sensato e útil manter o “postulado” das psicoses endógenas como enfermidades somáticas. É certo que é apenas uma hipótese, uma hipótese de trabalho, mas seguramente a única que se mantém longe das especulações.

A investigação que ora encetamos, desenvolve-se ao redor dum trabalho empírico, cujo suporte científico emerge da clínica e das disciplinas que lhe são afins. Porém, toda a ciência antes de o ser, decorre dum longo encadeamento mais ou menos especulativo de hipóteses cuja matriz primeira brota directamente da filosofia. Ora, a perturbação mental, e, muito concretamente a esquizofrenia e a psicopatologia que lhe está subjacente, mantém-se carregada de enigmas, de dúvidas e de amplos espaços vazios ainda de conhecimento. Pareceu-nos, portanto, razoável preceder a colocação formal das dúvidas e dos problemas conceptuais que elas arrastam, dos fundamentos filosóficos que, seguramente, nos ajudam a compreender a complexa relação do homem com o mundo. Tal relação afigura-se estranhamente perturbada na doença esquizofrénica. O “englobante”, conceito finamente tecido pelo génio de Jaspers, oferece-nos a matriz compreensiva de tal relação. Procedemos, ao longo de todo este capítulo à actualização de conceitos chave, relacionados com o contexto filosófico da vida, explorando a questão dos limites absolutos, dos binómios vida – existência, existência – essência e homem – mundo vivencial. Reunimos assim as condições teóricas mínimas para procedermos á análise de certas categorias existenciais, das quais se destacam naturalmente as personalidades. Optámos, em relação a esta complexa categoria, por seleccionar e escalonar na coordenada temporal, os diversos conceitos, aproveitando naturalmente aqueles que melhor servissem os nossos modelos metodológicos. Daí a ênfase que colocámos nalgumas teorias da personalidade, especialmente nas

teorias do campo de Kurt Lewin. Ficou-nos então aberta a porta para a compreensão do comportamento normal e anormal. Também em relação a estes conceitos, tentámos uma leitura abrangente e ampla, partindo para o seu estudo dos fundamentos históricos e arqueológicos que lhes serviram de base. Pela estrada do anormal, aproximámo-nos do patológico e, dentro deste do psicótico. Hei-nos então diante da doença esquizofrénica.

Guiados por esta metodologia pragmática e abertos ao conhecimento científico, vamos tentar observar o mundo pelos olhos da esquizofrenia. O que se vê, ou melhor, o que já se viu, quando olhamos o mundo e a vida através do vidro colorido da psicose? Desde já se levanta um grave problema! De que cor é o vidro? Será que existe nome para essa cor? E essa cor é igual para todos os doentes esquizofrénicos?

Qualquer cor é passível de ser refractada. O resultado da refacção é igual para todos os observadores. Posto isto, outra questão radical se levanta em relação à esquizofrenia! A refacção das “cores” da psicose esquizofrénica (leia-se, a análise psicopatológica) oferece um desenho espectral igual para todos os observadores?

Vamos então abrir a janela da psicose e analisar o mundo através dela.

Parte Segunda

Ao encontro da existência pelo caminho da psicose

4 A esquizofrenia como “analisador” do adoecer psíquico

4.1 Reflexão sobre o conceito de “analisador”

Ao abordarmos, no capítulo anterior a questão do normal e patológico, referimos, a propósito das reflexões explanadas por Cândido Agra, as novas racionalidades da ciência; naturalmente, por extensão, a nova racionalidade da ciência médica: racionalidade biológica da doença, racionalidade biológica da patologia social, racionalidade biológica da doença mental, racionalidade psicológica e racionalidade sistémica. Como se chegou até aqui?

A análise do saber e do discurso científico passou, depois da publicação da obra “Arqueologia do saber”¹⁴¹ por Michel Foucault, a situar-se num novo terreno, o terreno do poder. Vários discursos científicos, situados diacronicamente na linha da história, bem expressos no capítulo anterior, a respeito do normal e anormal, brotaram, a partir dos saberes, quer dizer a partir dum conjunto de possibilidades que constituem uma rede de condições, sem as quais os discursos não se tornariam possíveis. O método “arqueológico”, um dos pilares formatadores do conceito “analisador”, não se dirige ao discurso científico em si (ao seu conteúdo, ao seu direito à cientificidade), mas sim às próprias condições de possibilidade da formação do discurso derivado do saber, numa palavra à sua própria existência. A “genealogia”, outro pilar do conceito “analisador”, estuda a produção dos discursos “articulando práticas heterogêneas (discursivas ou não) a partir das relações entre o saber e o poder”¹⁴², quer dizer entre as práticas discursivas e os mecanismos de controlo emergentes das condições que caracterizam um dado momento histórico. Estes mecanismos funcionam como sistemas normalizadores “dispositivos históricos”, nos quais se dissolvem todas as práticas heterogêneas. Por ora, e servindo-nos destes conceitos, não pretendemos questionar o direito à cientificidade dos vários discursos que animaram ao longo da história o objecto do nosso estudo; mas tão só tentar revelar as diversas ligações escondidas e os mecanismos explicativos comuns que orientaram a dispersão dos discursos. “Não se trata de

¹⁴¹ Foucault, Michel (1969): *Archéologie du savoir*, Ed. Gallimard, Paris.

¹⁴² Agra, Cândido. (1986): Op. cit., Página 59.

interrogar a ambição da psicopatologia à cientificidade, mas a emergência da prática discursiva da loucura na razão clássica, cujos parâmetros ordenam e unificam a dispersão dos objectos do discurso psicopatológico”¹⁴³. Em resumo, através da “arqueologia” chegamos às condições de possibilidade das formações discursivas a partir dos saberes e, pela porta da “genealogia”, estudamos a eclosão do próprio discurso a partir das relações entre o saber e o poder (prática).

Assim, como Cândido Agra propõe, existiriam fenómenos, como por exemplo, certas patologias, quer do foro psicológico, quer de dimensão social ou histórica, cuja densidade de informação concentrada, permite revelar as condições de saberes e de práticas que vão para além do próprio fenómeno. Estes fenómenos podem funcionar como analisadores.

Dada a complexidade da informação contida nos saberes e nas práticas que a esquizofrenia nela concentrou ao longo da história, parece-nos útil tomar esta patologia como “analisador epistémico”¹⁴⁴. Guiados por esta orientação passemos à definição do conceito e do método tal como o autor o apresenta¹⁴⁵.

O primeiro contacto que a ciência teve com aquilo que viria a denominar-se “dispositivo” de análise, ocorreu provavelmente na química com Lavoisier (dispositivo empregue na análise da água). Tratava-se dum aparelho que permitia estudar analiticamente um objecto, no caso, estudar a composição química dum líquido. Múltiplos objectos podem ser analisados através destes dispositivos. Tais objectos estendem-se por áreas tão diversas como a física (análise de luz e som), a química e a biologia (análise do sangue), a neurofisiologia (análise de elementos sensoriais implicando o estímulo, a condução e a projecção de sinais bioeléctricos ao nível respectivamente dos receptores periféricos, vias aferentes e centros corticais), instituições (análise da estrutura das instituições), etc. Assim, o conteúdo e a essência do objecto de análise, varia de acordo com o tipo de disciplina da qual ele (o objecto) é elemento. Trata-se então dum instrumento (analisador, dispositivo), que funciona à margem da consciência, não obstante revelar por si só, as estruturas, as

¹⁴³ Agra, Cândido. (1986): Op. cit., Pg. 59.

¹⁴⁴ Ibidem., Pg. 385.

¹⁴⁵ Nota: Para esta reflexão apoiamo-nos na obra “Science, Maladie Mental et Dispositifs de L’Enfance”, nomeadamente no Capítulo II da Parte A e no Capítulo I da Parte D.

intimidades (informações) e as múltiplas ligações do objecto em estudo com o mundo.

De todo o modo, os diversos tipos de analisadores referidos, sejam eles de que espécie forem, têm sempre um denominador comum: operam sem referência ao sujeito pensante e, portanto, fora da consciência.

Agra tomou como objectos a analisar os dispositivos da infância, do desvio juvenil e da toxicodependência. Nós acrescentamos um outro objecto informacional - a esquizofrenia - cujas configurações discursivas nos parecem passíveis de serem decompostas à luz desta metodologia.

Em boa verdade, se aconteceu a deslocação de uma racionalidade biológica para uma racionalidade sistémica - informacional, a esquizofrenia, enquanto objecto do discurso dos saberes do corporal, do mental e do social, deverá informar-nos sobre esta deslocação que ordena as configurações desses saberes.

4.2 Extensão do conceito de “analisador” ao objecto esquizofrenia

Os analisadores clássicos (químicos, físicos ou biológicos), operavam um trabalho e um estudo que não dependia do sujeito pensante, e, portanto, do consciente. Também os analisadores dos saberes, das formações discursivas, operam sobre objectos informacionais e, a esquizofrenia, tal qual o sangue ou um estímulo calórico, é um desses objectos, carregada de informação, passível de ser “posta a falar” e a revelar a sua posição e o seu lugar específico na configuração discursiva. Deste modo a análise do objecto esquizofrenia segue, nesta nossa introdução ao problema da psicose, o percurso: prática discursiva – saber – ciência, em vez de seguir a trajectória habitual do conhecimento: sujeito pensante – consciência – conhecimento – ciência.

4.2.1 A questão do conceito

Nos últimos decénios, a definição do conceito de doença esquizofrénica, tem-se orientado por teses discursivas, centradas em estudos de carácter essencialmente psicopatológico, estudos cujo vector fundamental assenta na evolução da doença e

no estudo das diversas formas clínicas, muito particularmente, das formas iniciais do adoecer esquizofrénico.

Para um correcto entendimento do problema conceptual, achamos útil encetar uma viagem orientados pela bússola arqueológica (dispositivo de análise dos saberes). Palmilharemos fundamentalmente quatro caminhos.

O primeiro caminho iluminado pelo dispositivo de análise abre-nos cinco interessantes ângulos de visão. Tais perspectivas marcaram, de forma indelével, a génese e o desenvolvimento dos saberes psiquiátricos através dos tempos e dos gostos sociais, culturais e políticos que coloriram as diversas épocas. Aqui, desvendaremos o saber psiquiátrico no sentido histórico, biológico, psicológico e sistémico.

O segundo caminho de análise centra-se no objecto; leva-nos ao vasto território dos saberes psiquiátricos, dispersos pelo tempo e pelas modas religiosas, morais, culturais, sociais, científicas e até políticas. Aí contemplaremos a paisagem do entendimento da loucura olhando-a pelas diversas janelas abertas no tempo e na história, ouvindo ainda os ecos gaguejados nos longínquos tempos dos infernos (para os loucos, é claro) semeados nas fraldas do Olimpo, e também os sons murmurados nos modernos hospitais psiquiátricos do presente, sem esquecer os portos medievais e as pocilgas da era moderna, locais onde os doentes foram e, quem sabe, ainda serão nalguns pontos do globo terrestre, despejados como os leprosos o eram nas gafarias da idade média.

O terceiro caminho de análise tem a força do oficial. Oferece-nos perspectivas históricas dos saberes desde o advento da demência precoce até às esquizofrenias. É direito, pragmático e descritivo, buscando, no seu percurso, a verdade científica. Transporta-nos às definições consagradas nas diversas classificações internacionais e desagua no conceito de esquizofrenia desenhado pela O.M.S.

O quarto caminho de análise conduz-nos a um miradouro, do qual se vislumbra todo o território científico desbravado pelos mestres da esquizofrenia. Nesse observatório privilegiado, atiremos os olhos e o entendimento sobre os marcos espetados na ladeira do conhecimento, avaliando as diversas perspectivas que os

revestem e os diferentes modelos de transporte que trouxeram os saberes psiquiátricos até aos dias de hoje.

Pousemos então o objecto na lamela do dispositivo. O que ouvimos? Como é que a esquizofrenia nos fala dos saberes psiquiátricos? Ouçamos o murmúrio dos saberes¹⁴⁶.

4.2.2 Áreas dos saberes filtradas pelo “analisador”

O primeiro caminho iluminado pelo dispositivo de análise abre-nos cinco interessantes ângulos de visão. Tais perspectivas marcaram de forma indelével a génese e o desenvolvimento dos saberes psiquiátricos através dos tempos e das tendências sociais, culturais e políticas que coloriram as diversas épocas. Aqui desvendaremos o saber psiquiátrico no sentido antropológico-cultural, histórico, biológico, psicológico e sistémico.

4.2.2.1 Perspectiva antropológico cultural

*A arte médica. Hipócrates.*¹⁴⁷

A sua obra iniciou a medicina científica. Rompeu, não sem dissabores enormes e hostilidades sem fim, com as concepções nebulosas que associavam a doença física e mental a forças obscuras, demoníacas e portanto insondáveis, carregadas de misticismo e de magia.

Foi o grande criador da arte médica e a sua postura, nos planos ético e deontológico, marcou toda a medicina posterior.

Via o homem como um todo e, para as diversas enfermidades, buscava sempre descobrir uma causa natural. Mesmo em relação às doenças mentais, procurou, através da observação clínica rigorosa, estabelecer relações significativas entre determinados sinais de ordem física que captava e sintomas que o doente debitava,

¹⁴⁶ Nota: Tentámos ordenar o campo de análise usando a coordenada temporal; isto é, começámos pelos saberes mais arcaicos, subindo degrau a degrau os anos até aos nossos dias. Porém, como muitas vezes acontece nas ciências, muitos autores pertencem a grupos de saberes desinseridos do seu tempo.

¹⁴⁷ Hipócrates (460 – 377 a.C.). Deu o nome ao *Corpus Hipocráticum*, que contém a ciência médica (arte médica) da antiguidade.

por forma a encontrar leis que explicassem os fenómenos que observava.

De salientar que, quer nas enfermidades físicas, quer nas enfermidades mentais, Hipócrates enfatizou fundamentalmente o prognóstico, que, na época, tinha um sentido mais vasto daquele que tem hoje; o prognóstico representava então uma espécie de desvendar do futuro, de penetração no além, e, na antiguidade, isso só seria possível, mediante a comunhão dos médicos com os deuses.

A esquizofrenia no contexto da etnopsiquiatria. Laplantine¹⁴⁸

Os saberes psiquiátricos emergentes destas correntes pretendem apontar, e, até designar, o sentido da loucura. Aliás, tal como nos murmuram outros saberes que escorrem doutras doutrinas psiquiátricas, a loucura não é mais do que uma resposta, penosa embora, todavia natural, contra a angústia da morte, especificamente da sua própria (do doente) morte.

Trata-se de elaborar uma antropologia psiquiátrica a partir da tentativa de compreensão dos conceitos de normal e patológico e dos conceitos da etnologia.

Esta metodologia tenta orientar as correntes de raiz mais cultural (etnológica), de modo a “não considerarem como *normal*, porque institucional, o que na realidade é culturalmente patológico”¹⁴⁹ e a permitir às correntes de raiz mais médico-psiquiátrica que se “libertem das suas próprias escotomizações étnicas”, por forma a não transformarem em “nosologias universais explicações relativas a uma dada época e a um dado meio”¹⁵⁰.

No fundo, esta escola tenta agarrar simultaneamente a dimensão étnica do adoecer esquizofrénico (e de outras perturbações mentais) e a dimensão psiquiátrica da cultura, acautelando o homem actual do perigo que deriva da excessiva psiquiatrização da vida, propondo-se relativizar a psiquiatria.

¹⁴⁸ Laplantine, François (1978): *Etnopsiquiatria*, Editorial Vega Universidade, Lisboa.

¹⁴⁹ *Ibidem.*, Pg. 16.

¹⁵⁰ *Ibidem.*, Pg. 16.

4.2.2.2 Perspectiva histórica

Por razões óbvias, neste capítulo, optamos apenas por transcrever, sem acrescentos ou comentários excessivos, mensagens paradigmáticas de alguns autores consagrados, que na estrada da loucura, plantaram as árvores eternas do saber enquanto tal.

*Elogio da loucura. Erasmo.*¹⁵¹

Numa antevisão arqueológica dos saberes, Erasmo põe a loucura a falar de si própria: “Os vulgares mortais dizem mal de mim, mas não sou tão néscia como os estultíssimos me julgam, pois ninguém é capaz como eu de divertir tanto os homens e até os deuses. A prova é que mal me apresentei a este grande auditório, já nos vossos olhos brilha uma insólita alegria. Repentinamente os vossos rostos se dirigiram para mim, e o vosso amável riso me aplaudiu com delícia”¹⁵². E mais adiante continua: “Revelo-me, como dizem, pela fronte e pelos olhos, e se alguém me quisesse tomar por Minerva ou por Sofia, desenganá-lo-ia sem falar, já que o rosto não mente, porque é o espelho da alma”¹⁵³. E continua: “Posso invocar o testemunho idóneo de Sófocles, nunca por demais louvado, que me fez o mais belo elogio: quanto maior for a sabedoria, menos feliz a vida”¹⁵⁴.

E, a propósito das crianças escreve Erasmo: “Que têm de especial as crianças para que as beijemos, abracemos, acariciemos, para que até os inimigos se enterneçam com elas, se não o encanto da loucura? ... Acrescei que os velhos adoram as crianças e que estas se afeiçoam a eles, porque os *deuses comprazem-se em unir os semelhantes*”¹⁵⁵.

No capítulo LXV, Erasmo põe na boca de S. Paulo as seguintes palavras: “Deus elegeu o que, para o mundo, é loucura ... Deus quis salvar o mundo pela

¹⁵¹ Erasmo (Roterdão) (1993): *Elogio da Loucura*, edição em língua portuguesa, Guimarães Editores, Lisboa.

¹⁵² *Ibidem.*, Pg. 13.

¹⁵³ *Ibidem.*, Pg.16.

¹⁵⁴ *Ibidem.*, Pg. 22.

¹⁵⁵ *Ibidem.*, Pg. 24.

loucura, já que não podia salvá-lo por meio da sapiência"¹⁵⁶. E Erasmo continua mais adiante referindo-se a Deus pela boca do profeta: "Dá graças a si próprio por ter escondido o mistério da salvação aos sábios, e por só os ter revelado aos pequenos (parvos), quer dizer aos loucos. Porque em grego a *pequenos* corresponde a palavra *nescios* que se opõe a *sofos*."

*História da loucura. Michel Foucault*¹⁵⁷

Voltando a sua nova metodologia de investigação para as ciências humanas (arqueologia dos saberes) estendeu a sua análise por áreas tão diversas como a loucura, as ciências biológicas, a linguística, a delinquência e a sexualidade.

Sobretudo em relação à loucura elaborou uma interessante história epistemológica, procurando dar conta das atitudes culturais perante a perturbação mental, tentando descobrir as crenças e as práticas que a envolvem, em suma os diversos discursos do saber e do poder que dela emergem. Tais discursos e tais práticas atravessaram períodos centrados em interpretações de natureza demoníaca e práticas de exclusão, períodos de natureza transcendental e mais tarde de natureza moral. Depois a estratificação arqueológica dos saberes descobriu preocupações de raiz social e, mais adiante, de índole científica. Ouçamos o próprio Foucault:

"Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental. Às margens da comunidade, às portas das cidades, abrem-se como que grandes praias que esse mal deixou de assombrar, mas que também deixou estéreis e inabitáveis durante longo tempo. Durante séculos, essas extensões pertencerão ao desumano. Do século XIV ao XVII, vão esperar e solicitar, através de estranhas encantações, uma nova encarnação do mal, um outro esgar do medo, mágicas renovadas de purificação e de exclusão. ... A lepra foi substituída inicialmente pelas doenças venéreas. De repente, ao final do século XV, elas sucedem à lepra como por direito

¹⁵⁶ Erasmo (Roterdão) (1993): Op. cit., Pg. 121.

¹⁵⁷ Foucault, Michel. (1993): *História da Loucura*, Editora Perspectiva, S. Paulo, Brasil.

de herança. ... Facto curioso a constatar: é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constitui no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, do seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. De facto, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenómeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar.

Esse fenómeno é a loucura... ¹⁵⁸.

4.2.2.3 Perspectiva biológica

Dos humores à hereditariade

Já Hipócrates havia estabelecido com clareza a relação entre certas perturbações cerebrais, produzidas por alterações dos humores e algumas doenças, designadamente, a epilepsia e a demência. Sublinhou ainda que certas demências congénitas (oligofrenias), tinham uma causalidade orgânica.

Pinel¹⁵⁹, Esquirol¹⁶⁰ e Morel¹⁶¹, estabeleceram regras precisas para distinguir a idiotia congénita da idiotia adquirida, apontando eventuais causas orgânicas e fisiológicas para o aparecimento destas perturbações mentais.

Kraepelin¹⁶² aceitou a ideia do comprometimento dos sistemas endócrino e bioquímico na etiopatogenia das psicoses endógenas, principalmente da demência precoce (esquizofrenia).

Kretschmer¹⁶³ descreveu um conjunto de modelos biotipológicos, a cuja morfologia associou um determinado temperamento, estabelecendo linhas de afinidades entre certos tipos constitucionais e determinadas enfermidades. Assim, o biótipo pícnico relacionava-se mais frequentemente com a psicose maniaco-depressiva, o biótipo leptossomático com a esquizofrenia e o biótipo atlético com a epilepsia.

¹⁵⁸ Foucault, Michel. (1993): Op. cit., Pg. 3 a 8.

¹⁵⁹ Nágera, Vallego. (1949): Op. cit., Pg. 567.

¹⁶⁰ Ibidem., Pg. 567.

¹⁶¹ Ibidem., Pg. 567.

¹⁶² Fernandez, Alonso (1979), *Fundamentos da Psiquiatria Actual*, Op. cit., Pg. 309.

¹⁶³ Ibidem., Pg. 311.

Kleist e Leonard¹⁶⁴ estabeleceram as modernas cartas das localizações cerebrais. Um e outro estudaram as funções psicológicas numa perspectiva neurofisiológica e psicofisiológica. Influenciaram, de forma decisiva, um conjunto de famosos psiquiatras (escola de Frankfurt), entre os quais Barahona Fernandes, estimulando, nos centros mais avançados da Europa, a busca de lesões cerebrais em doentes esquizofrénicos que eventualmente estariam relacionadas com determinadas áreas ou focos anatomo-patológicos. Sobretudo Kleist deixou à ciência psiquiátrica importantes estudos referentes a uma psicopatologia de base somática e criou uma interessante nosografia cuja lógica classificativa assentava numa racionalidade biológica indiscutível.

Luxenburguer¹⁶⁵, Kallman¹⁶⁶ e Fonseca¹⁶⁷ demonstraram, de forma inequívoca, que existe uma predisposição, geneticamente transmitida, em relação ao adoecer esquizofrénico.

*No tempo em que esquizofrenia era ainda a "demência precoce"*¹⁶⁸

"Como *climatérica*, a *Demência Precoce* aparece na adolescência ou na juventude e é para elas como a idiotia para a infância, a demência paralítica para a idade madura e a demência senil para a velhice.

E uma vez admitido que ela faz parte do grupo das psicoses constitucionais, a sua primacial causa é a hereditariedade, quer neuro ou psicopática, quer toxifecciosa, o que lhe dá o carácter familiar que tem por vezes; entram no número das causas adjuvantes ocasionais, os traumatismos psíquicos e morais (emoções), o *surménage* escolar, o onanismo (que por vezes é já um sintoma) e auto-intoxicações, que para alguns autores são a causa suprema desta psicose"¹⁶⁹.

¹⁶⁴ Fernandez, Alonso (1979): Op. cit., Pg. 345.

¹⁶⁵ Fonseca, Fernandes (1987): *Psiquiatria e Psicopatologia*, Vol. II, Op. cit., Pg. 21.

¹⁶⁶ *Ibidem.*, Pg. 21.

¹⁶⁷ *Ibidem.*, Pg.19 e 20.

¹⁶⁸ Carvalho, A. C. Pereira (1919): "*A Demência Precoce*" Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Porto.

¹⁶⁹ *Ibidem.*

4.2.2.4 Perspectiva psicológica

Sigmund Freud

Nos finais do século XIX a escola alemã ocupava-se principalmente do estudo das psicoses. No mesmo período, a escola francesa, estudava sobretudo o grande tema das psiconeuroses. Curiosamente, foi um falante da língua alemã, Sigmund Freud, austríaco de nascimento, que mais e melhor mostrou ao mundo os méritos da escola francesa, colhidos durante um ano no convívio com Charcot em Paris. A influência de Freud sobre a psiquiatria foi de tal amplitude e de tal natureza que, inclusivamente, o campo das psicoses, cujos conhecimentos emergiram fundamentalmente dos trabalhos de Kraepelin e da escola alemã, teve de sofrer uma revisão total, tendo em conta os novos saberes que as ideias de Freud proporcionaram.

Para Freud, a esquizofrenia correspondia a uma “regressão” da personalidade a estádios infantis, por introjecção da libido e “fixação” do Eu numa fase arcaica do desenvolvimento da personalidade.

Carl Gustav Jung

A esquizofrenia seria a expressão da explicitação de conteúdos simbólicos latentes no inconsciente (sobretudo no inconsciente colectivo) que, por qualquer razão, se libertariam; muitos sintomas esquizofrénicos reproduziriam assim os arquétipos depositados no inconsciente colectivo. Jung encontrou inúmeras semelhanças entre tais conteúdos que povoavam os temas delirantes dos esquizofrénicos e temas mitológicos. O transtorno seria fundamentalmente afectivo, na medida em que a base essencial da personalidade residia na vida afectiva. O pensamento e a acção seriam apenas sintomas da afectividade, elemento que constituiria a força dinâmica do complexo que poderia ocupar todo o campo mental e transtornar muitos dos processos ideativos. Jung foi o primeiro autor a aplicar os princípios psicanalíticos à esquizofrenia e foi igualmente o primeiro que concebeu a possibilidade de um mecanismo psicossomático na etiopatogenia da esquizofrenia.

Porém, segundo ele não era o transtorno orgânico que produzia a desordem psíquica, mas, ao contrário, a desordem emocional produziria um metabolismo anormal que causaria danos físicos ao cérebro¹⁷⁰. Deve-se ainda a Jung a descrição da personalidade básica do esquizofrénico, identificando-a com o tipo introvertido em contraposição com a personalidade habitual do histérico que seria do tipo extrovertido.

Harry Stack Sullivan

A grande achega deste autor no campo da perturbação mental consistiu na interpretação da psiquiatria como o estudo das relações interpessoais dos doentes. Segundo ele o psiquiatra deve interessar-se mais pelo que sucede entre as pessoas do que pelo intrapsíquico do paciente¹⁷¹. Ainda que Sullivan se referisse, por mais de uma vez, a conceitos primordiais ou arcaicos, aproximando-se assim de Jung, vê contudo a sintomatologia esquizofrénica como um regresso a funções mentais exclusivamente infantis ou fetais. Terá sido também o primeiro psiquiatra a falar de estrutura mental no sentido formal, não orgânico. Todavia, o seu interesse predominante pela dinâmica da esquizofrenia, evita-lhe conceber que alguns dos fenómenos, incluindo os de natureza formal, sejam determinados por factores que estejam do lado de fora da história natural do paciente.

Sullivan demonstrou a relação, que entendeu inequívoca, entre a esquizofrenia e também outras psicoses, com certas ligações interpessoais deficientes, especialmente relações entre pais e filhos, abrindo novos horizontes de natureza social para a interpretação e, sobretudo para a terapêutica da esquizofrenia.

*Silvano Arietti*¹⁷²

Ouçamos o próprio Arietti que define assim a esquizofrenia: "reacção específica

¹⁷⁰ Arieti, Silvano (1965): *Interpretación de la Esquizofrenia*, Editorial Labor, Madrid. Pg. 22-27 e 326.

¹⁷¹ *Ibidem.*, Pg. 27-31.

¹⁷² *Ibidem.*

a um estado de extrema angústia, que tem a sua origem na infância, e reactivado mais tarde ao longo da vida. Há que acrescentar que esta reacção específica se apresenta, quando o enfermo não encontra nenhuma outra solução, nenhuma outra possibilidade de regulação ou ajustamento”¹⁷³. Mais adiante Arietti completa o seu conceito (definição) de esquizofrenia: “Esta reacção consiste na adopção de mecanismos mentais arcaicos, que pertencem a níveis baixos de integração. Na medida em que o resultado é uma regressão, mas não uma integração em níveis inferiores, produz-se um desequilíbrio que produz mais regressão, às vezes em níveis mais baixos ainda dos necessários para que sejam possíveis determinadas percepções”¹⁷⁴.

4.2.2.5 Perspectiva sistémica

*Bateson*¹⁷⁵ e o grupo de Palo Alto

O antropologista Gregory Bateson, estudioso do comportamento dos animais e, grande admirador dos investigadores das teorias matemáticas dos tipos lógicos e da cibernética, e, fascinado pelos avanços na teoria geral dos sistemas, teve o enorme mérito de saber incorporar estas novas perspectivas do conhecimento, nos estudos que vinha realizando já há alguns anos sobre a comunicação animal e humana. Uma experiência curiosa, a respeito da meta-comunicação, abriu, nos anos 50, novos horizontes à comunidade científica de então, neste campo dos saberes. “Bateson tinha constatado que as otárias podem comunicar entre si a «intenção» dos seus comportamentos e transmitir sinais que constituem um comentário, uma conotação sobre a mensagem em curso. Se elas são capazes de indicar, por exemplo, que um comportamento de luta é «a sério» ou «a brincar», isto significa que estes animais possuem, pelo menos, dois níveis de comunicação: o comportamento em si, por exemplo de luta (conteúdo da mensagem) e o sinal que permite distinguir se é «a brincar» ou «a sério» (comentário sobre o conteúdo) que é de um nível lógico superior, visto que é uma «mensagem acerca da mensagem» (ou meta-

¹⁷³ Arietti, Silvano (1965): Op. cit., Pg. 35.

¹⁷⁴ Ibidem., Pg. 319.

¹⁷⁵ Gonçalves, Pedro (1986): Psicoterapias Familiares. *Manual de Psiquiatria Clínica* (J.C.Dias Cordeiro), Fundação Calouste Gulbenkian, Pg. 597-602.

mensagem)”¹⁷⁶. Guiado por esta metodologia, Batson constatou que a comunicação animal e humana obedece a uma certa hierarquia dos tipos lógicos estudados por Whitehead e Russel¹⁷⁷. Deste facto veio a resultar uma teoria que tenta explicar o modo de comunicar dos esquizofrénicos.

Uma noção nuclear no pensamento de Batson, assenta no facto de que ele acredita que os fenómenos psicológicos e até biológicos, não podem ser reduzidos ou explicados por princípios causais no sentido da lógica Aristotélica, nem em termos substantivos como acontece com os fenómenos físicos; mas sim são explicados em termos de padrões “mais concretamente em termos de padrões relacionais. (O comportamento psicótico é um padrão de resposta às comunicações que o esquizofrénico recebe das pessoas que o rodeiam)”¹⁷⁸.

*Cândido Agra*¹⁷⁹. *A dyscomunicação como base da loucura.*

Espreitemos o próprio: “Se o sujeito, mesmo entendido como um todo (somatopsicosocial) é forçado a manifestar-se e a ocultar-se no sistema, se apesar disso só há nele biosistemas, psicossistemas, sociosistemas comunicando directamente entre si e sem necessidade de mediação (como acontecia no fim do século XIX), para que serve uma psiquiatria e uma psicanálise cujo objecto e resultados manifestados circulam nas comunicações bioantroposociais sem recuperação possível? Uma nova configuração deve então emergir cujo objecto é a *dyscomunicação* no interior e entre os sistemas bioantroposociais.

Desatino na idade clássica, degenerescência no fim do século XIX, desadaptação a partir dos anos 20, a loucura desvia-se hoje para a *dyscomunicação*”¹⁸⁰. Eis os estratos dos saberes psiquiátricos denunciados pelos “analisadores epistémicos”, através duma viagem pelas diversas paisagens discursivas escalonadas na linha do tempo.

¹⁷⁶ Gonçalves, Pedro (1986): Op. cit., Pg. 598.

¹⁷⁷ Ibidem., Pg. 598.

¹⁷⁸ Ibidem., Pg. 599.

¹⁷⁹ Agra, Cândido.(1986): Op. cit.

¹⁸⁰ Ibidem., Pg. 380.

4.2.3 O *objecto* (esquizofrenia) filtrado pelo “analisador”

Como referimos no capítulo anterior, autores como Michel Foucault e Cândido Agra ousaram estender o conceito de analisador usado nas ciências exactas (matemática e física) e nas ciências naturais (biologia e neuro-fisiologia) para a análise das próprias ciências ou dos saberes que elas transportam (análise arqueológica). Assim, os domínios do conhecimento encerrados nas ciências, até então silenciosos e sem voz (no sentido crítico), passam a falar e a revelar informações e saberes. Tornam-se então dispositivos (Foucault) ou analisadores epistémicos (Agra) capazes de promover a análise de um saber.

Agra tomou como *objectos* a analisar os dispositivos da infância, do desvio juvenil e da toxicodependência. Nós acrescentamos um outro *objecto* que pensamos poder fornecer informações a seu respeito e ampliar, por consequência, o conhecimento: a esquizofrenia. Em boa verdade supomos que as suas configurações discursivas serão passíveis de serem decompostas à luz desta metodologia.

Pois, se no passado, ainda relativamente recente, as ciências da alma, designadamente a psiquiatria, assistiu ao movimento epistemológico das várias racionalidades, concretamente a deslocação de uma racionalidade biológica para uma racionalidade sistémica - informacional, a esquizofrenia, enquanto *objecto* do discurso dos saberes do corporal, do mental e do social, deverá informar-nos sobre esta deslocação que ordena as configurações desses saberes.

Michel Foucault, voltando o seu dispositivo de análise arqueológica, no sentido diacrónico, para o *objecto* – esquizofrenia – desenterrou fundamentalmente quatro estratos correspondentes a outros tantos saberes e práticas (poderes) que marcaram os discursos nas diferentes épocas. Eis os diversos discursos encontrados: transcendentais, morais, sociais e científicos.

4.2.4 O “analisador” na nosografia. Da demência precoce à esquizofrenia

4.2.4.1 Evolução histórica do conceito de esquizofrenia

A primeira referência de raiz científica àquilo a que hoje se chama esquizofrenia deve-se ao médico e anatomista inglês Willis que, em 1602, descreveu um quadro

clínico que afectava a juventude e que quase sempre conduzia à demência – “adolescentes normais que se sumiam na estupidez”¹⁸¹.

Foram necessárias duas centenas de anos para que, o problema médico e social das enfermidades mentais, mobilizasse finalmente o interesse das sociedades (médicos incluídos), por forma a que o doente mental começasse a ser respeitado no seu estatuto de doente. Os frescos ventos da revolução francesa ajudaram a espalhar por toda a parte esta nova visão do homem que sofre, promovendo o seu tratamento e reintegração na sociedade.

No esquema que se segue (Figura 2) representamos sinteticamente os marcos históricos mais significativos da “descoberta” e estudo da doença. É claro que aquilo que hoje constitui a doença (esquizofrenia), foi durante séculos diluído no alargado, difuso e impreciso espaço da alienação e da loucura. Não admira, portanto, que a história do conceito respire por alguns séculos o ar partilhado por outras entidades clínicas e sociais.

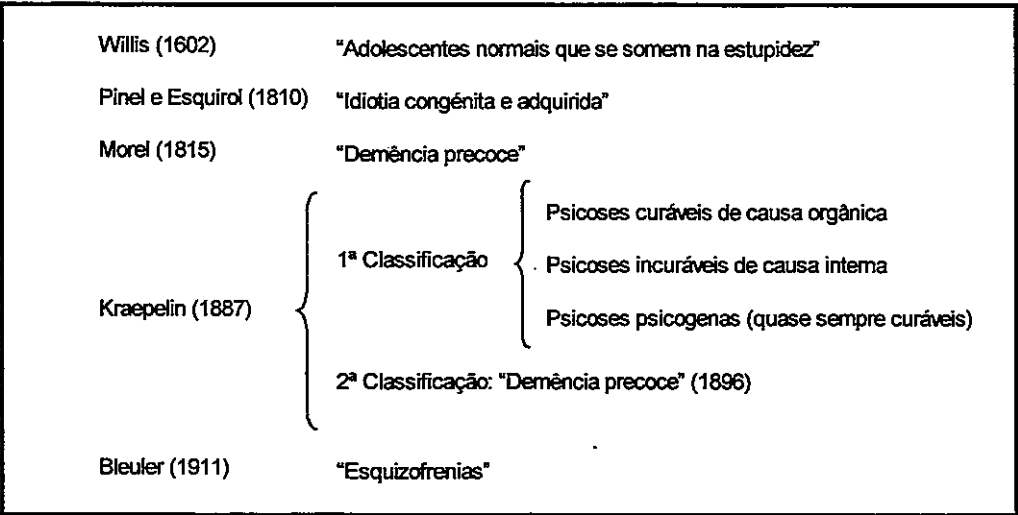


Figura 2– Marcos históricos do estudo da esquizofrenia.

Na Grécia antiga, 50 anos chegaram para encadear três gerações (Sócrates, Platão e Aristóteles) que, expostas ao sol dos deuses, reflectiram tal luz que, furando o futuro, se mantém por extinguir, clara e brilhante. Cintilando ainda, nos céus da sabedoria, o triângulo clássico do conhecimento ocidental, com o oiro das

¹⁸¹ Nágera, A. Vallego, *Tratado de Psiquiatria* (1954): Op. cit., Pg. 568.

inteligências e a benção dos deuses (que pelo menos os juntou) levantaram potencialmente os saberes universais até alturas próximas das do mundo de hoje. Também 15 anos chegaram (1886 – 1911) para que, com as tintas do saber psiquiátrico acumulado, duas gerações (Kraepelin e Bleuler), desenhassem o conceito de esquizofrenia até perfis muito próximos dos que a nosografia actual consagra. Ainda hoje oscilamos entre a concepção clínico-evolutiva de Kraepelin e a concepção psicopatológica de Bleuler. Ainda hoje hesitamos entre o mérito dum diagnóstico precoce, obtido em corte transversal e a solidez dum diagnóstico seguro, embora lento e arrastado, obtido em corte longitudinal através da análise da evolução da doença.

4.2.4.2 Definição prática de esquizofrenia

Termo usado para designar um grupo de doenças cuja etiologia é desconhecida, apresentando sintomas mentais característicos que levam à fragmentação da personalidade.

O doente passa por experiências não habituais que não podem ser entendidas como exageros ou prolongamentos de sentimentos familiares.

O pensamento, a emoção, a conduta e o movimento podem ser desordenados.

A doença é recorrente, aumentando em cada crise a incapacidade crónica até ser atingido um determinado nível. O resultado final é, muitas vezes, a excentricidade, a inadaptação social, ou a invalidez crónica, requerendo, frequentemente, hospitalização prolongada.

O seu curso pode ser modificado por tratamentos e os seus efeitos sociais moderados pela orientação profissional.

O começo na vida adulta é o período mais frequente para o início da afecção, mas a doença começa, muitas vezes, na adolescência e, em algumas ocasiões, em períodos posteriores da vida, designadamente períodos involutivos.

4.2.4.3 A esquizofrenia nas diversas classificações

Várias classificações internacionais se têm ocupado da sistematização e conceptualização da esquizofrenia. As mais conhecidas e consagradas pelo uso são,

sem dúvida, a Classificação Internacional de Doenças (*CID*) e a *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM)* da Associação Psiquiátrica Americana.

A 10ª revisão da *CID* e a 4ª revisão da *DSM* aproximaram os seus discursos por forma a uniformizar, tanto quanto possível, o diagnóstico de esquizofrenia na Europa e na América. Mesmo assim, algumas diferenças persistem que marcam, no fundo, as diferenças conceptuais ainda existentes nos dois lados do Atlântico.

Para o *CID 10* os critérios de diagnóstico para a investigação da esquizofrenia orientam-se por dois caminhos: ter um sintoma de 1ª ordem de K. Schneider ou ideias delirantes bizarras, ou ter pelo menos dois dos outros sintomas característicos (alucinações acompanhadas de ideias delirantes, sintomas catatónicos ou sintomas negativos). A definição diagnóstica de Esquizofrenia da *CID 10*, requer apenas um mês de duração e não requer deficiência funcional. Adiante, quando abordarmos o tema do diagnóstico voltaremos a este assunto.

Para o *DSM IV*, os critérios de diagnóstico para a Esquizofrenia, assentam igualmente nos sintomas característicos – ideias delirantes, alucinações, alterações formais do pensamento, comportamento desorganizado ou catatónico e sintomas negativos. É necessária a presença de pelo menos dois destes sintomas durante um período de um mês ou menos se tratados com êxito. Porém outros critérios se perfilam no diagnóstico de esquizofrenia no contexto do *DSM IV*: Haver disfunção social ou ocupacional durante algum tempo. A duração da perturbação deverá persistir pelo menos por 6 meses; como observámos em cima, neste período de 6 meses, deverão estar incluídos, pelo menos por um mês (ou menos se tratados com êxito), os sintomas característicos (alucinações, delírios ou outros sintomas da fase activa). Deverão ser excluídas as perturbações esquizoaffectivas ou do humor, as psicoses tóxicas, sintomáticas ou orgânicas e as relacionadas com perturbações globais do desenvolvimento.

4.2.4.4 A busca da verdade

A psiquiatria (promovida em finais do século XIX a disciplina médica) é, certamente, a área da medicina que, ao longo dos tempos, mais profundas transformações tem sofrido, quer no plano conceptual, quer no plano clínico e

terapêutico.

E se a psiquiatria muda assim tão facilmente de rumo, ao sabor dos tempos e até dos espaços (olhe-se para as diferenças entre a psiquiatria na América, na Europa e na antiga União Soviética), é porque dentro dela existem entidades clínicas cujos limites e concepções constantemente se discutem. É o caso da esquizofrenia, seguramente a enfermidade que mais controvérsia tem provocado em toda a arte médica, estendendo-se frequentemente o seu interesse discursivo por outros campos das ciências e das artes. Daí, não surpreender que homens de formação tão diversa como médicos, psicólogos, sociólogos, padres, poetas, pintores, engenheiros genéticos e até mágicos e bruxos, devam com acutilância à doença todo o seu empenho. Todos, à sua maneira, nos oferecem um quadro interpretativo, que, infelizmente, ainda não compõe, no seu conjunto, um cenário compreensivo nem tão pouco explicativo (Jaspers) da esquizofrenia.

4.2.5 Observatório do mundo esquizofrénico.

O dispositivo de análise volta-se electivamente para os fabricantes dos conceitos que, nos últimos 100 anos têm esculpido os modelos e aberto as perspectivas que ajudaram a fundir os saberes que vieram a moldar, em termos conceptuais, a esquizofrenia. O dispositivo de análise parará por mais tempo sobre a obra de Klaus Conrad, dado que a sua concepção teve marcada influência na nossa formação, acabando até por inspirar este trabalho. Eis os nomes dos mestres e os conceitos fundamentais.

*Emil Kraepelin*¹⁸²

Perspectiva evolutiva. Modelo científico-natural.

Clínico excepcional, codificou e classificou as perturbações psiquiátricas conhecidas. Num momento de suprema genialidade, teve a rara intuição de considerar que,

¹⁸² Alonso Fernandez : Op. cit., Pg. 309.

Nota: Kraepelin (1896) publica a 5ª ed. do seu "Tratado de Psiquiatria", reservando um capítulo ao estudo d' "A Demência Precoce".

doenças tão diferentes na sua expressão clínica, como a demência precoce (descrita por Morel em meados do Séc. XIX), a hebefrenia descrita escassos anos mais tarde por Hecker e Kahlbaum, a catatonia descrita pelo mesmo Kahlbaum em 1874 e a demência paranoide por si próprio isolada, tinham uma mesma raiz, isto é, pertenciam a um mesmo grupo nosográfico (Figura 3).

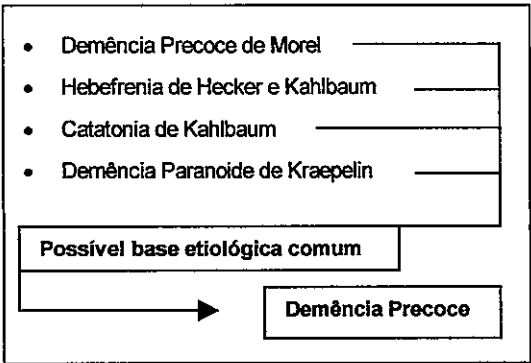


Figura 3 – Demência precoce.

Embora se tratasse de um exímio neuroanatomista e de um esclarecido fisiologista, nunca deixou de ser um perspicaz cultivador da clínica, utilizando sempre, como método de estudo, a ciência natural, isto é, a forma como naturalmente a doença aparecia e se desenvolvia ao longo do tempo. Assim, privilegiou o critério evolutivo para a feitura do diagnóstico.

Teve ainda o mérito de situar o “*morbus*” da doença no terreno somático.

As dúvidas etiológicas que ao tempo intuiu, permanecem, infelizmente, ainda hoje na sombra.

*Eugene Bleuler*¹⁸³

Perspectiva psicopatológica. Modelo clínico – descritivo.

Dada a prevalência das ciências naturais e a perspectiva científico-natural no início do século, Bleuler criou uma psicologia que correspondia a uma patologia do

¹⁸³ Fernandez, Alonso : Op. cit., Pg. 310.

Nota: Bleuler, publica em 1911 o seu “Tratado de Psiquiatria”, reservando o 1º Cap. para o estudo da “*Demencia Praecox oder Gruppe der Schizophrenian*”.

psicológico.

Sem pôr em causa a natureza orgânica da maior parte destas manifestações clínicas, nunca aceitou que todas elas desaguassem inexoravelmente na demência.

Explorou magnificamente o mundo interior esquizofrénico (palavra, aliás, introduzida por ele e que, de alguma forma, etimologicamente contraía em si o essencial da intimidade da doença - a dissociação do pensamento).

Kraepelin	Bleuler
• Demência Precoce	Esquizofrenias
• Critério Evolutivo	Critério Psicopatológico
• Corte Longitudinal	Corte Transversal
• Cronicidade do Curso	Nem sempre incurável
Esquizofasia	

Figura 4 – Kraepelin e Bleuler – Principais diferenças.

Numa época em que o peso do prestígio do seu ilustre antecessor quase impunha a “demência precoce” como doença cerebral, Bleuler ousou concentrar o seu estudo na análise psicopatológica e psicodinâmica da enfermidade, fotografando-a no “aqui e agora”, em detrimento do critério evolutivo cultivado por Kraepelin, por forma a chegar a um diagnóstico rápido e minimamente seguro (Figura 4). A dissociação do pensamento, o autismo e a ambivalência afectiva, constituíram, a partir de então, os pilares psicopatológicos básicos, usados na orientação do diagnóstico precoce.

Fervilhavam ao tempo em Zurique as ideias psicanalíticas, às quais Bleuler era naturalmente sensível. Jovens psiquiatras, liderados por Carl Jung, imprimiam novos impulsos interpretativos, de intenso colorido psicanalítico, à enfermidade nascente.

Porém, o ecletismo científico e cultural de Eugene Bleuler, não obstante o seu incondicional respeito por Sigmund Freud, levou-o a afastar-se do fechado e aguerrido grupo psicanalítico. Este facto teve sérios custos para a psicanálise, pois grande parte do mundo académico e psiquiátrico de então aderiu às teses de Bleuler.

A procura duma base diagnóstica segura, bem como o estudo da patogenia da doença, orientaram sempre o fundo das suas preocupações. É dele a célebre tríada sintomática esquizofrénica (autismo, ambivalência afectiva, dissociação do pensamento), que haveria de se consagrar como a grelha básica para a feitura dum diagnóstico precoce da esquizofrenia.

De importância capital para o desenvolvimento da psicopatologia foi a arrumação dos sintomas nas vertentes clínica (fundamentais e acessórios) e patogénica (primários ou fisiógenos e secundários ou psicógenos). Esta última ordenação, indiciava já uma apreciável intuição sobre a etiopatogenia da enfermidade (Figura 5).

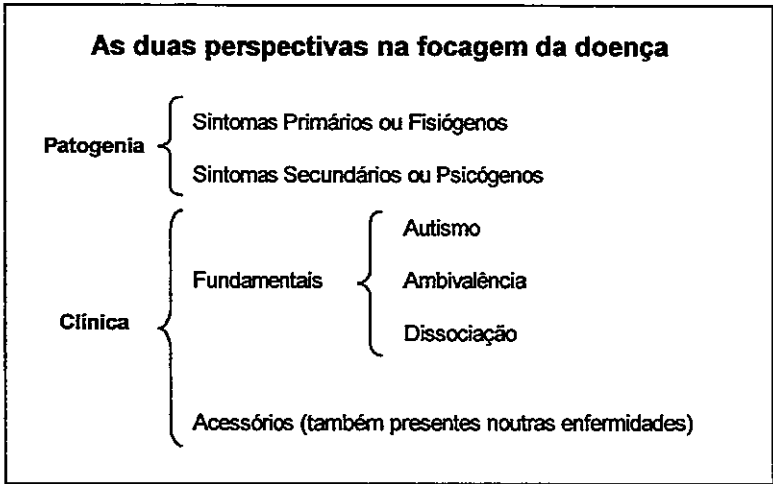


Figura 5 - Eugen Bleuler – A patologia do psicológico. Tríada sintomática.

*Karl Jaspers*¹⁸⁴

Perspectiva fenomenológica e existencial. Modelo baseado na fenomenologia descritiva e compreensiva.

Costumava dizer Barahona Fernandes que, numa época (últimos decénios), em que se criam “novos positivismos”¹⁸⁵, ancorados a um evoluir acelerado do pensamento psiquiátrico, particularmente nos campos biológico, psicológico e social,

¹⁸⁴ Jaspers, Karl (1959): Op. cit.
¹⁸⁵ Fernandes, Barahona (1998): Op. cit., Pg. 187.

esfumando-se os limites conceptuais, vale a pena manter a psicopatologia rodando à volta do eixo Jasperiano, eixo esse que atravessa em profundidade, de lés a lés, a esfera psiquiátrica.

O próprio Jaspers denomina o seu pensamento “«filosofia da existência, pois essa filosofia é «o pensamento por meio do qual o homem se torna ele mesmo». Existência não quer aqui dizer simplesmente tanto quanto existir, ou seja, o que somos na vida quotidiana; contrariamente, existência significa o ser-si-mesmo, ou ser autónomo, enquanto possibilidade extrema do homem”¹⁸⁶.

Uma das grandes contribuições de Jaspers (sobretudo ao nível dos limites clínico e filosófico), consistiu na distinção clara entre o compreender e o explicar dos fenómenos psicopatológicos. Tal delimitação foi decisiva para a construção daquela que viria a ser a chamada psicologia compreensiva, que veio a ter uma importância fundamental no estudo da psicopatologia, especificamente naquela área que se relaciona com o mundo psicótico. Escreve Karl Jaspers¹⁸⁷:

“1. Se penetrarmos na situação psíquica, compreendemos geneticamente de que modo um evento psíquico é produzido por outro.

2. Pela vinculação objectiva de vários factos a regularidades, com base em experiências reiteradas, explicaremos causalmente”... (os fenómenos).

Quer dizer, servindo-nos da atitude fenomenológica e da empatia, conseguimos, em muitas situações, penetrar na psique alheia e aí compreender os fenómenos no seu encadeamento psicológico. Isto é, compreendemos evolutivamente “como um estado mental dá lugar a outro estado mental”¹⁸⁸. O compreender tem a ver com a continuidade de sentido entre as várias situações psicológicas e as circunstâncias nas quais aquelas situações ocorrem; cada um de nós, nas mesmas circunstâncias, poderia então experimentar os mesmos fenómenos – é isto o compreender no sentido Jasperiano. O explicar tem a ver com a procura de relações causais, tendo em conta o enquadramento dos fenómenos observados, a

¹⁸⁶ Weischedel, Wilhelm (1999): Op. cit., Pg. 299.

¹⁸⁷ Jaspers, Karl (1990): Op. cit., Pg. 361.

¹⁸⁸ Ibidem., Pg. 362.

partir de fora, em leis regulares. Compreendemos um sentimento de inferioridade numa jovem que subitamente adquiriu uma obesidade, ou que pelo menos, e por via dessa obesidade, adquiriu uma imagem depreciada de si própria. Explicamos um estado de fadiga no decurso duma doença infecciosa arrastada; compreendemos depois as rumações angustiantes que derivam das interrogações a respeito da enfermidade infecciosa.

Então, observando regularmente certos fenómenos, damos conta, em determinadas situações muito concretas, que eles são regulados por leis (ex: o estado infeccioso arrastado provoca sempre astenia). Tal circunstância, seja ela do campo médico, seja apenas do campo psicológico, permite-nos explicar processualmente, nas referidas circunstâncias, os fenómenos.

Assim distinguimos entre a significação psicológica ou interior e a causalidade natural ou exterior à personalidade. Quando deslindamos o fluir da vida psíquica, (detectando a coerência do encadeamento) e percebendo a orientação do pensamento, dizemos que compreendemos os fenómenos. Quando descodificamos a natureza causal dos acontecimentos através da demonstração objectiva das suas relações com outros fenómenos (criando leis regulares frequentemente elas mesmas incompreensíveis), dizemos que explicamos os fenómenos.

Perante qualquer fenómeno o homem pode apenas descrevê-lo, isto é, contar o que objectivamente aprecia, reproduzir o seu perfil, revelar a sua história sem acrescentos ou interpretações; pode também compreendê-lo, quando lhe capta o sentido, ou melhor quando consegue acompanhar a coerência da continuidade de sentido; a compreensão não procura determinantes, o que lhe importa é o sentido e as significações, operando-se, para alcançar esse sentido, com as ferramentas da interpretação dos factos; pode ainda explicá-lo (o fenómeno), quando tem o ensejo de descobrir os motivos concretos dos acontecimentos; porém, a explicação não se esgota apenas nas causas concretas. É certo que a explicação procura determinantes que justifiquem a produção dos fenómenos. Contudo, esses determinantes, podem ser de três tipos: causais, estruturais e processuais. Os causais atêm-se às causas concretas dos acontecimentos; os estruturais situam-se, como o nome indica, na própria estrutura, quer dizer não necessitamos de sair do

sistema para procurar a causa, dado que esta, está mergulhada na própria estrutura do fenómeno; os processuais estão intimamente ligados ao evoluir dos fenómenos, encontrando portanto a sua explicação no próprio tempo.

Doravante, quando falarmos de “explicar”, fazemo-lo no sentido de Jaspers, portanto referimo-nos a determinantes causais.

*Kurt Schneider*¹⁸⁹

Perspectiva psicopatológica e fenomenológica. Modelo Clínico-fenomenológico.

Kurt Schneider, através da sua psicopatologia de base fenomenológica, oferece-nos uma magnífica contemplação psicológica do patológico.

Sintomas de 1ª Ordem • Vivências de influência e de intervenção alheia, seja no sentido da produção, seja no sentido da subtracção, ao nível da corporalidade, da vontade, do pensamento ou da afectividade. • Sonoridade do pensamento e sint. afins: eco, difusão, roubo. • Percepções delirantes e audição de vozes na 2ª e, ou, na 3ª pessoa.
Sintomas de 2ª Ordem • Inspirações e ocorrências delirantes, pseudo alucinações auditivas, perplexidade, distímias, pobreza afectiva.

Figura 6 – K. Schneider. A psicologia do patológico. Ordenação dos sintomas.

A psicopatologia assume, com Kurt Schneider, um rigor e uma profundidade até então nunca alcançada. O modelo psicopatológico que desenvolveu, a precisão que utilizou na caracterização dos sintomas e a pureza da fenomenologia que cultivou, justificam, plenamente, o epíteto que Lopez Ibor lhe atribuiu de “psiquiatra cartesiano”¹⁹⁰.

Um dos grandes contributos que ofereceu à psicopatologia, foi a sua famosa ordenação dos sintomas em duas ordens de grandeza (Figura 6), de acordo com o

¹⁸⁹ Schneider, Kurt. (1963): Op. cit.

¹⁹⁰ Ibor, Lopez (1963): Em: Schneider, Kurt., *Ibiden.*, Pg. 9.

interesse para a feitura dum diagnóstico precoce (não só precoce mas também categórico).

Para K. Schneider a psiquiatria assenta em dois pilares básicos: Psicopatologia e Somatopatologia.

Ao nível das psicoses endógenas, supera o dilema somatose / psicogenia através duma 3ª possibilidade conceptual «metagénese», que significa basicamente o seguinte: por um erro primário da psique, em vez de se dar, como nas psicoses orgânicas, uma espécie de "alteração da forma por doença da matéria"¹⁹¹, seria a forma que se alteraria primariamente. Deixou esta possibilidade em aberto à espera que a investigação esclarecesse o assunto (Figura 7).

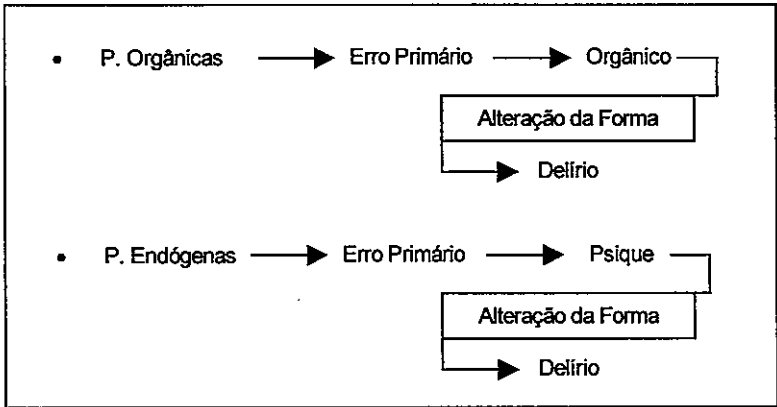


Figura 7 - «Metagénese».

Tudo quanto existe tem uma forma e necessariamente um conteúdo. Em muitas circunstância de natureza psicopatológica acontece que esta realidade que, aos nossos olhos, funciona como uma evidência, se desfaz e desintegra. É isto a doença, a verdadeira enfermidade no sentido de K. Schneider, e ela é tanto mais categórica quanto mais formal for o transtorno.

Como diz Barahona Fernandes, "as perturbações formais do alucinar, delirar, angustiar, expandir maniforme, inibir e culpar depressivo, estão muito mais próximas das alterações neuro-biológicas encefálicas"¹⁹² do que as alterações do conteúdo (antecedentes biográficos e eventos dramáticos da vida e conflitos).

¹⁹¹ Fernandes, Barahona : Op. cit., Pg. 214.

¹⁹² Ibidem., Pg. 210.

Lopez Ibor¹⁹³

Modelo: Clínico-fenomenológico-estrutural.

Foi talvez o autor que mais importância deu à ordenação sintomatológica de K. Schneider. Serviu-se aliás dos avanços obtidos pelo psiquiatra de Heidelberg, no campo da psicopatologia, para desenvolver o seu modelo fenomenológico-estrutural, por forma a encontrar denominadores comuns que ligassem os sintomas mais característicos entre si. Da sua análise aos sintomas de 1ª Ordem daquele clínico alemão, ressalta o seguinte: os sintomas de 1ª Ordem emanam dum transtorno básico comum a todos e que reside na actividade do eu. Tal transtorno havia sido já anotado e sublinhado (escassos anos antes) por Gruhle, sob a forma de: “perturbação do metabolismo da actividade psíquica”¹⁹⁴.

Segundo esta concepção, na vida psicológica normal os actos psíquicos são vivenciados como produções nascidas na intimidade do sujeito. São então algo de próprio e de privado, isto é, algo que vem de dentro. Ora, na esquizofrenia, particularmente na vivência dos sintomas de 1ª ordem, os actos são experimentados passivamente e correspondem muitas vezes à vivência da revelação dum poder (quase sempre indomável) estranho ao eu. Nestas circunstâncias psicopatológicas, e, assente numa perturbação do humor a que chamou “esquizoforia” (humor delirante), a consciência do sujeito carrega-se de elementos psicológicos fragmentados e impuros a que Ibor chamou “monstros psicológicos”. Trata-se de produções psíquicas que partilham entre si várias funções (memória, afectos, diversos sistemas sensoriais), constituindo-se de forma misturada e necessariamente contaminada pela intervenção parcial das diferentes funções psicológicas (contaminação funcional); quer dizer, na vida psicológica normal existe (evidentemente integrada num todo), uma certa pureza funcional que se desfaz na vida psicótica esquizofrénica (e também, frequentemente, nas psicoses sintomáticas, tóxicas e orgânicas) - Figura 8.

¹⁹³ Ibor, Lopez. (1950): *La Angustia Vital*, Editorial Paz Montalvo, Madrid.

¹⁹⁴ Gruhle (1928): Em Nágera, Vallejo. Op. cit., Pg. 572.

- Contaminação funcional
- Transtorno da actividade do eu
- Esquizoforia
- O humor delirante precede os delírios primários

Figura 8 – Lopez Ibor. Análise dos sintomas de 1º ordem.

Então, o humor delirante (“esquizoforia”), montado sobre a alteração da actividade do eu, precede quase sempre a explosão da actividade delirante primária e transporta, frequentemente, a própria motivação (colorido temático) do delírio.

*Barahona Fernandes*¹⁹⁵

Perspectiva: “Ponto de vista convergente”. Modelo: Fenomenológico-estrutural abrangente (análise fenomenológico-descritiva, ampliada pela compreensão genética).

Em termos de postura académica, e, apesar de se tratar dum homem que sempre cultivou o eclectismo científico, pugnando toda a vida pelo seu “ponto de vista convergente”, nunca deixou de assumir uma posição de forte pendor fenomenológico e clínico, situando-se entre Kleist (considerado o arquitecto dos mapas dos hemisférios cerebrais) e Kurt Schneider, o psicopatologista cartesiano, psiquiatra clínico que cultivou e desenvolveu o chamado “dualismo empírico”, alicerce básico da moderna psicopatologia.

Ouçamos o próprio¹⁹⁶: “O actual entusiasmo pela terapêutica em psiquiatria ameaça toldar o interesse pela observação clínica rigorosa – tanto da sintomatologia como do conjunto de factores condicionantes, em especial quando não envolvidos no processo terapêutico, como a *genética*¹⁹⁷ e a constituição”.

¹⁹⁵ Fernandes, Barahona. (1998): Op. cit.

¹⁹⁶ Ibidem., Pg.163

¹⁹⁷ Nota: O termo “genética” está hoje muito conotado com a dimensão biológica da origem dos fenómenos, relacionado portanto com genes, hereditariedade, genoma, etc, e, não tanto, com as causas (origens) dos fenómenos; outrora, sobretudo nos anos 30 e 40, os fenomenologistas costumavam usar o termo “genética” no sentido de causal.

O mundo moderno vive hoje um novo “positivismo”, orientado pelo domínio quase obsessivo da natureza, pela excessiva simplificação da leitura dos acontecimentos e pela busca de triunfos imediatos. Tal moda invadiu também a medicina. No presente, cultiva-se o uso e o abuso do *largo espectro* na ânsia do clínico dominar rapidamente os sintomas e do doente atravessar a enfermidade sem, se possível, sequer a “vivenciar”. É assim com os antibióticos, é assim com os analgésicos, é também assim com anti-depressivos e tranquilizantes. O homem de hoje não está disponível para metabolizar o sofrimento de forma razoável. Outrora era impensável combater um desgosto natural (a reprovação num exame, por exemplo) com um comprimido; hoje, por força de factores circunstanciais que pouco ou nada têm que ver com a doença, banalizou-se o uso do medicamento X ou Y julgado adequado para combater este ou aquele sintoma. Nesta medida perde-se de vista o fundamental, o tentar compreender as situações e, sobretudo as circunstâncias que as envolvem, sejam elas de natureza médica, psicológica ou social.

Os estudos que Barahona Fernandes realizou sobre o delírio, na dimensão clínica, psicopatológica e desenvolvimental, constituíram uma achega decisiva para a compreensão dos fenómenos da vida psicológica anormal (psicótica ou vivencial-reactiva), demonstrando, com clareza, a forma como as diferentes condições (causais) induzem contradições absolutas nas diversas classificações (Figura 9).

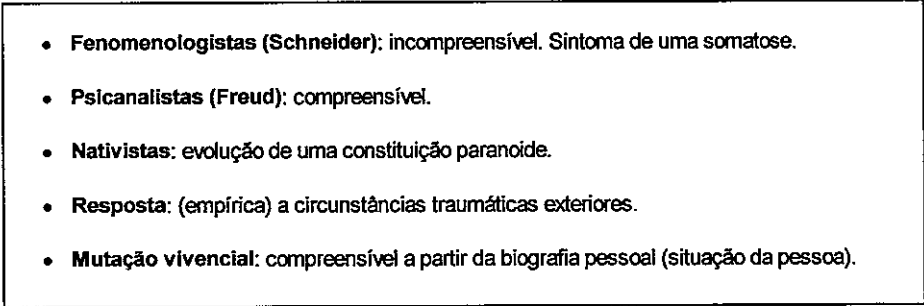
- 
- Fenomenologistas (Schneider): incompreensível. Sintoma de uma somatose.
 - Psicanalistas (Freud): compreensível.
 - Nativistas: evolução de uma constituição paranoide.
 - Resposta: (empírica) a circunstâncias traumáticas exteriores.
 - Mutação vivencial: compreensível a partir da biografia pessoal (situação da pessoa).

Figura 9 – O delírio de acordo com as diferentes condições evolutivas.

Henri Ey¹⁹⁸.

Perspectiva intermediária entre o organicismo e o psiquismo. Modelo: organodinamismo.

Henri Ey desenvolveu um interessante modelo compreensivo da esquizofrenia, baseado na conjugação dinâmica dos acontecimentos orgânicos (de transfundo espacial) e psíquicos (de transfundo temporal). Na Figura 10 representamos esquematicamente a essência do referido modelo.

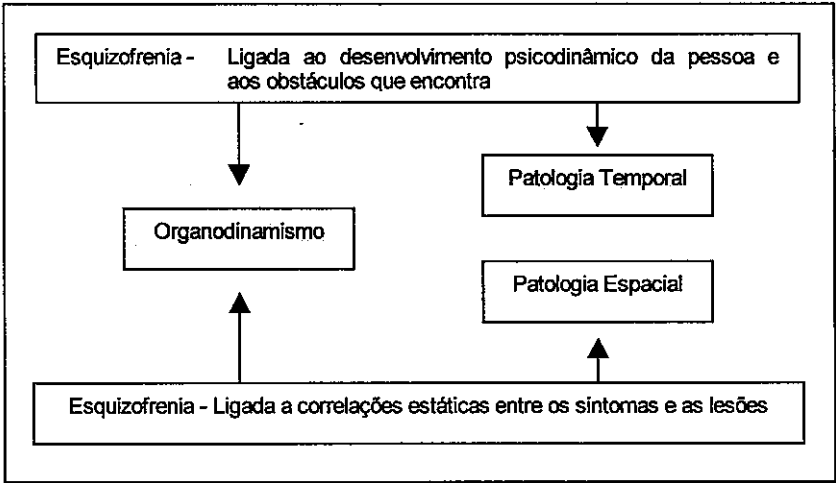


Figura 10 – Organodinamismo de Henri Ey.

A esquizofrenia constitui, para este autor, uma das muitas formas de organização delirante da personalidade (Figura 11).

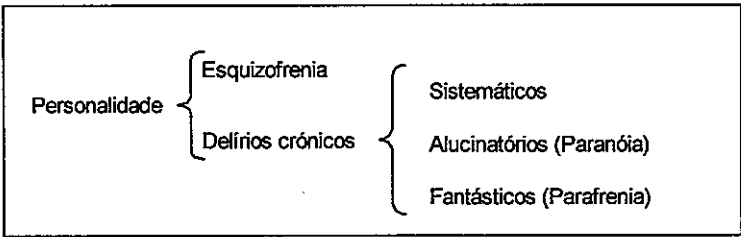


Figura 11 – Personalidade delirante de Henri Ey.

Temos então, por assim dizer, dois tipos de delírios. Um tipo ligado ao processo esquizofrênico, cuja dinâmica assenta na “desorganização autística”, que evolui posteriormente para a desagregação da personalidade. A “desorganização autística”,

¹⁹⁸ Ey, Henri. Bernard, P. Brisset, Ch. (1969): Tratado de Psiquiatria, Op. cit.

conduz à dissolução da consciência, provocando a produção delirante secundária.

Outro tipo, ligado ao grupo dos delírios crônicos e que se caracterizam por uma espécie de superestrutura imaginativa, compensadora, para os acontecimentos da vida (acontecimentos esses quase sempre vivenciados como insucessos na dinâmica existencial do sujeito) - Figura 12.

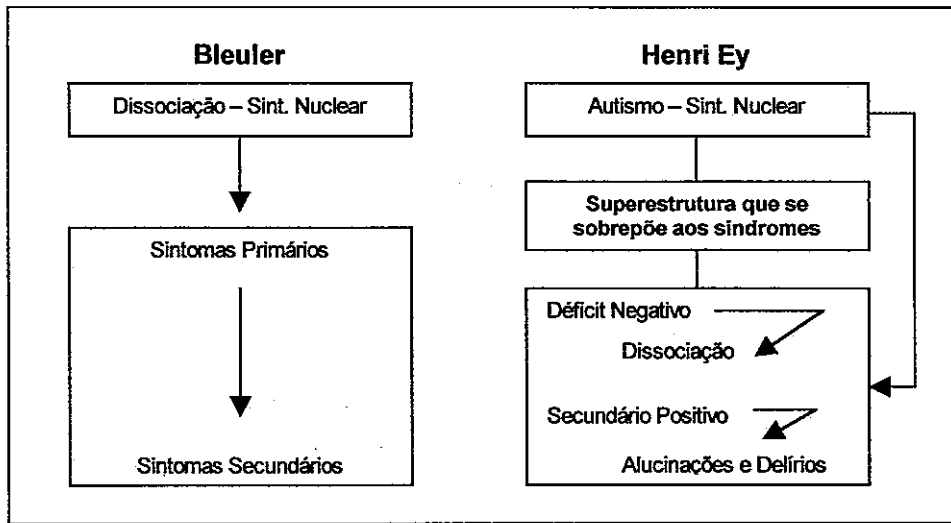


Figura 12 – O autismo na esquizofrenia. De Bleuler a Henri Ey.

Klaus Conrad¹⁹⁹

Perspectiva unitária do delírio esquizofrênico. Modelo: Perspectiva dinâmico-evolutiva.

Segundo a "psicologia da *gestalt*", toda a actividade mental do ser humano, resulta, da conjugação das experiências vividas, com os dados da aprendizagem, ambos fermentados por uma tendência primária do indivíduo, que, tende a englobar as suas impressões sensoriais, em estruturas específicas, conferindo à sensorialidade humana propriedades originais. Ora, Conrad admitiu que, no delírio esquizofrênico se pode encontrar, tal qual acontece na vida psicológica normal, "uma ordenação estrutural (deste tipo) que nos revela, com certa clareza, o carácter

¹⁹⁹Conrad, Klaus. (1963): La Esquizofrenia Incipiente, Op. cit.

unitário"²⁰⁰ do delírio. Quer dizer, será todo este dinamismo organizador dos processos perceptivos (entendido unitariamente) que está em causa no acontecer mórbido e não, este ou aquele elemento psíquico, tomado isoladamente.

Kretschmer²⁰¹ havia surpreendido a comunidade científica com a descrição biotipológica dos chamados círculos heredo-constitucionais, demonstrando a importância relacional entre os factores genéticos (hereditários), a forma do corpo, o temperamento e certo tipo de enfermidades do foro psiquiátrico, designadamente a esquizofrenia.

Conrad²⁰², aproveitando os trabalhos de Kretschmer e valorizando as reservas ao mesmo colocadas por Karl Jaspers, desenvolveu toda uma teoria assente na estrutura constitucional, mas agora admitida numa perspectiva dinâmica e evolutiva. Kretschmer havia introduzido, na psicologia clínica e na psicopatologia, os méritos crescentes das teorias genéticas (hereditárias), estabelecendo, com alguma clareza, as correlações entre qualidades psicológicas e somáticas e a morfologia física e certas doenças psíquicas, caracteres esses que, no seu conjunto, explicitavam uma apreciável propensão a serem transmitidos de geração em geração, seguindo, de certa forma, as leis mendelianas. A literatura sobre este tema é hoje muito abundante, contudo vale a pena sublinhar aqui, a censura, aliás já registada, feita por Jaspers à excessiva redução do homem a mecanismos biológicos pré-determinados, e registar também, toda uma investigação que tem a sua origem nas escolas de inspiração antropológica e que culmina, actualmente, nas teorias sistémicas de base fenomenológica. Como já por uma ocasião referimos neste trabalho, o homem é ele mesmo e a sua circunstância – “eu sou eu e a minha circunstância”²⁰³; e da sua circunstância, como ensinou Ortega Y Gasset, faz parte tudo que com ele (homem) se relaciona, do meio físico ao meio psicológico, do indivíduo à família, do corpo à transcendência. Tudo quanto ao homem diga respeito funciona numa relação dialéctica de equilíbrio dinâmico no contexto dos vários sistemas (biosistemas, psicossistemas e sociossistemas) que o integram. Este conjunto complexo, de natureza

²⁰⁰ Fonseca, Fernandes (1987): Op. cit., Pg. 39.

²⁰¹ Pichot; P. E Delay, J. (1968): Op. cit., Pg. 353.

²⁰² *Ibiden.*, Pg. 354.

²⁰³ Ortega y Gasset (1914). Em Marías, Julián, *Introducción a la Filosofía* (1956): Op. cit., Pg. 235.

relacional, inter e intracomunicante entre si, progride e (principalmente) evolui (positiva ou negativamente) ao longo da existência, de forma contínua ou com rupturas ou metamorfoses, assumindo hoje um novo discurso teórico e conceptual, no qual os objectos (do corpo físico ao mundo de valores) e bem assim todas os modelos de relação do homem com o mundo (incluindo mesmo os modelos terapêuticos, entendidos estes no sentido global) se processam no contexto sistémico, isto é, no contexto composto pela "interacção dos sistemas biológico, antropológico, sociológico, abertos uns sobre os outros. Racionalidade socioantropobiológica. A psiquiatria não é (hoje) mais, simplesmente, psicológica, orgânica ou sociológica"²⁰⁴. É este o impulso que pretendemos dar à perspectiva dinâmico-evolutiva de Conrad e que usamos ao longo da nossa investigação.

Então, e, seguindo Conrad, na vida psicológica normal a personalidade desenvolve-se a partir de factores genéticos (hereditários), que determinam a constituição, pedra angular da personalidade ou alicerce da mesma, à qual serão acrescentados níveis de diferenciação evolutiva, acabando todo o conjunto por sofrer metamorfoses progressivas e regulares. Toda esta dinâmica se processa de forma integrada, absorvendo sem percalços de maior, as inevitáveis transformações fisiológicas e psicológicas próprias do crescimento e da maturação.

Na esquizofrenia, o que acontece é que o factor genético e, naturalmente a constituição que ele determina, poderá sofrer variações secundárias, variações essas que se podem estender a outras estruturas individuais. Assim, as perturbações ao nível da diferenciação da personalidade ou as metamorfoses eventualmente anómalas, produziriam, alterações do tipo *gestáltico*, desestruturando o campo vivencial do sujeito e produzindo, desta forma, o desencontro com o mundo (Figura 13).

O homem vive continuamente mergulhado num campo vivencial. Como se organiza esse campo? Qual a dinâmica que o caracteriza?

²⁰⁴ Agra, Cândido (1986): Op. cit., Pg. 378.

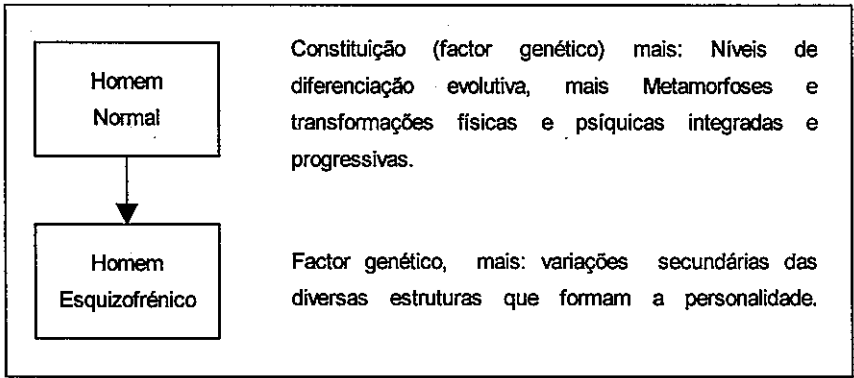


Figura 13 – Perspectiva dinâmico-evolutiva de Klaus Conrad.

Existe em cada homem uma espécie de tendência primária para integrar o que vê, ou ouve, ou sente, em estruturas específicas e próprias da personalidade. Porém, da organização do campo faz também parte a experiência vivida e os dados da aprendizagem. Há, por assim dizer, uma espécie de equilíbrio constante entre as tais estruturas vivenciais específicas de cada indivíduo que derivam das impressões sensoriais, a experiência vivida e os dados da aprendizagem. Nesse equilíbrio, palpita continuamente no interior do sujeito uma espécie de tensão, em condições normais quase imperceptível, mas absolutamente necessária para a estruturação adequada do campo (Figura 14).

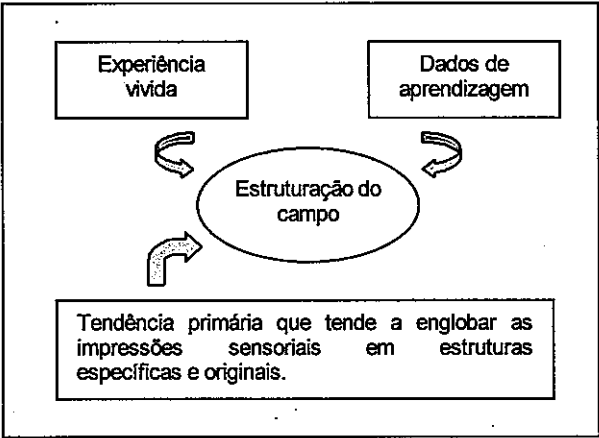


Figura 14 – Estruturação do campo vivencial.

Portanto, à luz da dinâmica topológica²⁰⁵, sentimos que a nossa relação com o mundo é absolutamente específica, com produções psicológicas únicas para cada indivíduo, embora enquadradas numa realidade inter-humana comum a todos os homens (supostamente normais, bem entendido; a realidade inter-humana comum pode desfazer-se na doença psicótica independentemente da etiologia). São essas configurações que emprestam à percepção humana propriedades singulares, qualitativamente irreduzíveis aos seus elementos básicos. É assim na percepção, é assim também em toda a actividade mental.

Da análise do mundo esquizofrénico, observado à lupa da “psicologia da forma” e da “dinâmica topológica” falaremos adiante, dado que toda a nossa investigação segue, de alguma maneira, esta metodologia. Porém, não deixaremos de registrar de relance o que nos parece original na abordagem da esquizofrenia feita por Conrad.

À atitude fenomenológica de tipo clínico-descritivo (utilizada numa perspectiva antropológica) acrescentou a abordagem de tipo *gestáltico*. Assim, criou uma nova metodologia de estudo da esquizofrenia, muito particularmente do delírio esquizofrénico, numa base gestáltica e topológica. A análise configuracional do delírio introduzida por Conrad veio trazer interessantes esclarecimentos às formas iniciais do adoecer esquizofrénico.

Tendo por base o seu magnífico estudo, publicado em 1958 sob o título “A Esquizofrenia Incipiente”, Conrad descreveu as etapas atravessadas pela maior parte dos delírios esquizofrénicos. A essas etapas, que adiante serão exaustivamente escalpelizadas, o autor deu os seguintes nomes: *Trema*, *apofania* e *apocalipse* (Figura 15).

Essas etapas constituíam uma espécie de marcos nos caminhos da doença, quais apeadeiros pelos quais o comboio da enfermidade sempre (ou quase sempre) passava, desde o início da formação delirante até ao seu desmoronamento completo ou incompleto. Olhemos então o interior dessas estações de passagem.

Começemos pelo *trema*. Corresponde ao período prodrómico que antecede a

²⁰⁵ Nota: Este assunto foi desenvolvido anteriormente quando tratámos o tema da *gestalt* e a teoria do campo de Kurt Lewin.

produção delirante. Esse período, que pode durar horas ou anos (nas nossas histórias demonstraremos a variabilidade temporal do trema), caracteriza-se, basicamente, por um aumento de tensão nas relações do indivíduo com o meio ambiente e o aparecimento duma expectativa ansiosa que domina toda a vida relacional do paciente. Diante do sujeito levanta-se a convicção de que o mundo se aperta ao seu redor, paira no ar uma espécie de ameaça, algo de muito estranho está para chegar, está portanto eminente qualquer coisa de muito importante e a ele (sujeito) nada mais lhe resta do que orientar o seu caminho (penoso embora) na direcção do eminente. O estado emocional está quase sempre colorido com as tintas da tristeza e da angústia, embora, em certas ocasiões, o fundo afectivo seja de euforia.

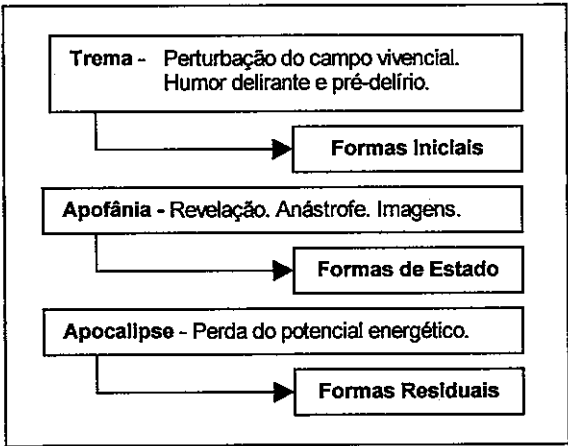


Figura 15 – O mundo esquizofrênico de Conrad.

Humor delirante e desconfiança; subida da tensão no interior do campo vivencial e perspectiva de que algo está eminente; perda da liberdade, levantamento de barreiras defensivas ao redor do paciente no interior do campo estreitando-o ainda mais e por consequência reforçando o crescimento da tensão e acentuando a perda da liberdade; autismo e despersonalização, são alguns dos dados psicopatológicos básicos do *trema*.

O eminente cada vez está mais próximo e começa a palpitar no interior do sujeito e do próprio campo como um acontecimento esperado a cada instante e de certa forma desejado. A expectativa transborda e o enigma desfaz-se. Surge a “revelação”. As coisas finalmente adquirem um significado particular, privado e mais

do que privado, privativo. De todo o lado jorra a produção delirante. Estamos naquilo a que Conrad chama a *apofania*.

A *apofania* corresponde à “consciência anormal de significado” de Jaspers ou às “relações sem motivo” de Gruhle. Estende-se habitualmente por todas as formas intencionais possíveis, conferindo a cada fenómeno, pelas limitações do campo psíquico, características absolutamente novas. Com o estreitamento progressivo e dramático do campo, o paciente atinge um ponto no qual ele não suporta por mais tempo a compressão a que está sujeito, abrindo então as portas de par em par ao delírio. É no fundo o único caminho que o paciente encontra para a descompressão e para o alívio. As vivências apofânticas jorram então por todo o espaço vivencial externo (percepções delirantes), mas mais tarde podem estender-se por todo o mundo vivencial do sujeito, quer este seja externo, quer seja interno.

Importante referir aqui um outro conceito, correspondente a experiências vivenciadas na *apofania* – *anástrofe*. Repetiremos com ilustrações, na discussão das histórias de vida, a conceptualização deste fenómeno. Trata-se duma dificuldade radical ao nível da natural transcendência do homem, manifestada na sua relação com as coisas. Expliquemos melhor: Quando o sujeito se observa a si mesmo, quando reflecte sobre si, ele olha-se por assim dizer de cima, observa alguém que por acaso é ele mesmo. “É preciso sair de si mesmo para alguém se poder considerar como um ser entre os outros seres dentro de um mundo comum a todos”²⁰⁶ (Figura 16).

Ora, o paciente em situação de *anástrofe*, está incapaz de promover esta transcendência, pois está preso no seu próprio eu e portanto impedido de mudar de sistema de referência. Se eu oiço chamar por mim, olho à minha volta e testo a verdade daquilo que me parece ser; se reconheço que me enganei, imediatamente eu troco de sistema, pondo, de alguma forma, outro no meu lugar – isto não é comigo, deve ser com outra pessoa. A *anástrofe* é exactamente a vivência correspondente à fixação do sujeito como centro do mundo, isto é tudo gira à volta dele. Então enquanto que a *apofania* se refere à alteração do mundo e dos seus

²⁰⁶ Conrad, Klaus (1962): Op. cit., Pg. 101.

objectos na sua relação com o sujeito, a *anástrofe* corresponde à forma como o eu se manifesta a si mesmo. Durante algum tempo ainda se mantém alguma continuidade de sentido. Mas, a partir de certo momento, sobretudo com a redução do campo vivencial a certos elementos ou a certas manifestações ditas essenciais, todo o campo se desmorona como um baralho de cartas perdendo-se a continuidade de sentido. Formam-se então as imagens chamadas *assintáticas* (já sem sentido), e surge um outro estado da psicose a que Conrad chamou o *apocalipse*. Nesta fase, carregada de sintomatologia negativa, assiste-se ao esvaziamento da personalidade, ditado, certamente, não só pela desintegração funcional das estruturas responsáveis pela organização do eu, mas também, segundo Conrad, pela perda do potencial energético muito particularmente ao nível da actividade do eu.

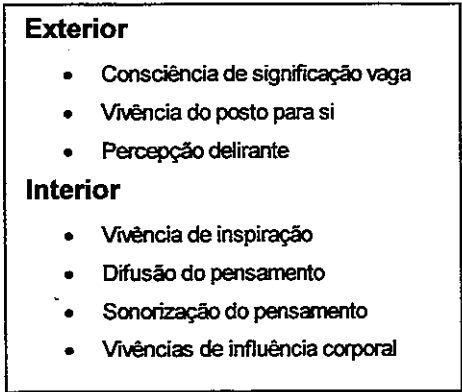


Figura 16 – Apofania. Graus das vivências.

*Fernandes da Fonseca*²⁰⁷

Método: evolutivo estrutural

Este autor português, conjugando os dois critérios desenvolvidos em meados do século XX (o organo-dinamismo de Henri Ey e o *gestalto*-estruturalismo de Conrad) demonstrou, num magnífico trabalho²⁰⁸ publicado em 1959, que o delírio esquizofrénico não tem uma estrutura unitária (*gestáltica*) como queria Conrad, mas

²⁰⁷ Fonseca, Fernandes : Op. cit.
Nota: Os Volumes I e II do seu *Tratado de Psiquiatria e Psicopatologia* foram publicados em 1985 e 1987 respectivamente.
²⁰⁸ Fonseca, Fernandes (1959): *Formas iniciais de esquizofrenia*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

sim uma estrutura heterogénea desde o seu início. Provou que só cerca de 50% dos delírios, emergiam duma profunda perturbação relacional do paciente com o campo vivencial, com natural repercussão ao nível da arquitectura interna do campo e do processo perceptivo, e, também, ao nível da dinâmica topológica que daí resulta. Quer dizer, cerca de 50% dos delírios teriam, segundo Fonseca, uma raiz que emergia de transtornos configuracionais (*gestálticos*). Os outros 50%, e, ainda segundo o mesmo autor, seguiriam caminhos psicopatológicos diferentes, não assentes, portanto, em transtornos do tipo *gestáltico*, mas sim do tipo alucinatório-delirante e afectivo (Figura 17).

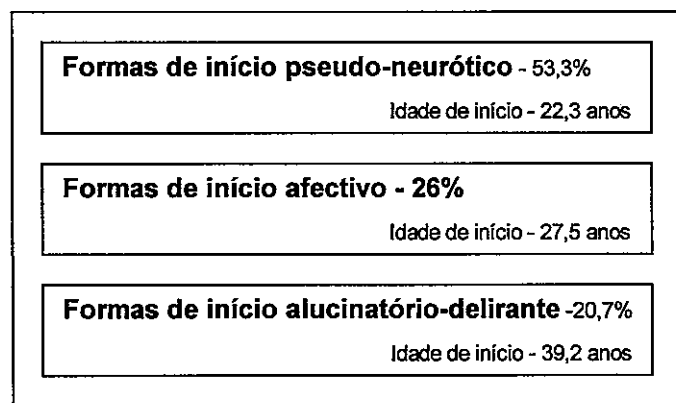


Figura 17 – A perspectiva evolutivo-estrutural de Fernandes da Fonseca.

No fundo, Fonseca recriou 60 anos mais tarde, a polémica que marcou os dois grandes modelos que estiveram (e que de certa forma ainda estão) na base do estudo da enfermidade esquizofrénica no início do século: o modelo clínico-evolutivo de Kraepelin e o modelo psicopatológico de Bleuler. É desta dialéctica que nasce o seu modelo evolutivo-estrutural. Para além de valorizar, no sentido que hoje podemos entender como sistémico-antropológico, o desenvolvimento da personalidade e das afecções que a podem atingir, enfatizando portanto o aspecto evolutivo, aguçou toda a sua atenção sobre a estrutura do próprio delírio. Nesta óptica, pôde apreciar, nos estudos que efectuou, que essa mesma estrutura do acontecer psicopatológico, era, ela própria também objecto de evolução e de heterogeneidade.

Os tais modelos primitivos de Kraepelin (evolutivo) e de Bleuler (psicopatológico), foram, algumas dezenas de anos mais tarde, relançados numa

perspectiva mais abrangente por Henri Ey (organo-dinamismo) e Conrad (*gestalto*-estruturalismo). Fonseca, fazendo apelo às teses de tipo neurofisiológicas defendidas por Hughlings Jackson²⁰⁹ nos finais do séc XIX, mais não fez do que conjugar os dois modelos, abrindo assim, para a esquizofrenia, outras possibilidades no campo do diagnóstico precoce e no campo terapêutico.

De facto, o organo-dinamismo de Henri Ey, mais não é do que uma versão actualizada (anos 50) dos critérios utilizados por Kraepelin de tipo clínico-evolutivo, inspirados ao tempo (finais do século XIX) na escola científico-natural, então prevalente naquela época histórica. E o *gestalto*-estruturalismo de Conrad aproxima-se, claramente, dos critérios psicopatológicos de Bleuler integrados agora num modelo dinâmico-estrutural de base fenomenológica e *gestáltica*.

Das três formas de início das esquizofrenias (pseudo-neurótica, afectiva e alucinatório-delirante) falaremos detalhadamente adiante.

Em resumo, tal como Henri Ey e Klaus Conrad, Fernandes da Fonseca, num momento feliz de rara oportunidade, soube aproveitar, todo o extenso e rico material clínico que o seu Hospital do Conde de Ferreira, de fortes tradições fenomenológicas, guardava nos seus arquivos naquele ano de ouro para a investigação portuguesa de 1959.

Em nosso entender, o trabalho do investigador português, teve sobretudo o mérito de corrigir algumas causas de erro que haviam conduzido as investigações anteriores a resultados que poderiam suscitar algumas dúvidas, pois, particularmente no caso de Conrad, a amostra em estudo era excessivamente homogénea; (o grupo estudado compunha-se de 107 militares alemães que haviam prestado serviço na guerra de 39/45).

²⁰⁹ Fonseca, Fernandes (1985): *Tratado de Psiquiatria e Psicopatologia*, Op. cit., Pg.128.

Nota: Jackson, inspirado nas obras de Helbert Spencer – *Os princípios da psicologia* – e de Charles Darwin – *Origem das Espécies* – desenvolveu um teoria na qual defendia a ideia de que a sintomatologia psiquiátrica não corresponderia (simplesmente) à expressão directa de lesões estruturais específicas do cérebro, não obstante a eventual causalidade orgânica subjacente. Concebeu o sistema nervoso como uma estrutura obedecendo a uma hierarquia organizada de forma integrada em níveis funcionais: nível inferior (medular, responsável pelos movimentos mais simples); nível médio (base do cérebro, responsável pela actividade motora); nível superior (córtex pré-frontal, responsável pelo pensamento simbólico). Este último nível, controlaria os dois inferiores e assumir-se-ia como o operador de toda a diferenciação e integração e como o pressuposto neuro-fisiológico básico da consciência e das funções psicológicas superiores. Estas últimas, resultariam então da totalidade de todo o cérebro, organizado, como vimos, de forma integrada, mas obedecendo a uma hierarquia.

As três formas de início da esquizofrenia, que os trabalhos de Fonseca vieram inequivocamente a demonstrar, (formas de início pseudoneurótico, formas de início afectivo e formas de início alucinatório-delirante), constituíram ao tempo e constituem ainda hoje um precioso contributo para a clínica, infelizmente ainda não totalmente aproveitado.

Na Figura 18 tentámos ordenar e representar os marcos do movimento da investigação nos últimos 100 anos. Interessante observar a sequência de perspectivas e modelos de observação, de estudo e de concepção dos transtornos da mente, designadamente da esquizofrenia.

Autores	Perspectiva	Modelo
Kreepelin	Evolutiva	Científico-natural
Bleuler	Psicopatológica	Clinico-descritivo
Jaspers	Fenomenológico-existencial	Fen. Descrit. Compreensiva
Kurt Schneider	Psicop. Fenomenológica	Clinico-Fenomenológico
Lopez Ibor	Psicop. Fenomenológica	Clinico-Fenom. Estrutural
Barahona Fem.	Convergente	Fen. Estrutural Abrangente
Henry Ey	Organicismo-Psiquismo	Organo-Dinamismo
Klaus Conrad	Unitária do delírio	Dinâmico-Evolutivo
Fernandes da Fonseca	Clinico convergente	Evolutivo-Estrutural
Cândido Agra	Bioantroposocial	Sistémico

Figura 18 - Observatório da esquizofrenia.

4.2.6 O cruzamento dos caminhos. Fala a esquizofrenia

Partimos do território dos saberes psiquiátricos, munidos dum “analisador epistemológico” à procura dos vários discursos que, nos sucessivos estratos arqueológicos, nos revelassem, através do eixo “discurso – saber – ciência”²¹⁰, a orientação dos vectores dos saberes e dos poderes. Decantados pelo tempo, muitos

²¹⁰ Agra, Cândido (1986): Op. cit., Pg. 387.

dos discursos e suas práticas chegaram até nós. Que caminhos seguiram os saberes? Que discursos chegaram até nós?

Conforme nos mostra a Figura 19, o dispositivo arqueológico fixou quatro momentos correspondentes a outras tantas paisagens discursivas semeadas no tempo. À quebra da razão (desatino) da idade clássica seguiu-se a degenerescência dos finais do século XIX. Um e outro retrato discursivo tem as cores dos saberes do tempo em que foram impressos: a razão da época clássica e o cunho do positivismo a marcar o século XIX, sobretudo a 2ª metade. A partir dos anos 20, por força das transformações organizacionais e políticas operadas nas sociedades, assumiu papel de relevo a questão do comportamento que cada um desempenha no seio do grupo a que pertence. Alguns, ajustam-se perfeitamente incólumes, com mais ou menos esforço, às normas ditadas pelo grupo; outros desviam-se ou tropeçam nos degraus da norma ou simplesmente não aguentam e caem impotentes ao peso das exigências de adaptação imposta pelo lado de fora da vida. Actualmente, e também de acordo com as cores do postal cultural e social do nosso tempo, entendendo-se o homem, como atrás referimos, como a resultante duma série de sistemas abertos uns sobre os outros e intercomunicantes entre si, valoriza-se, essencialmente, a comunicação e, sobretudo, os seus bloqueios e disfunções.

Pousámos de seguida o dispositivo arqueológico na própria área dos saberes sobre a loucura. Aí captámos, como nos mostra a Figura 19, cinco momentos que encerram outros tantos tipos de discurso e de práticas a respeito da loucura. Limitamo-nos a enunciá-los na medida em que já foram suficientemente escalpelizados. Discurso antropológico-cultural, discurso histórico, biológico, psicológico e sistémico.

De seguida, fixámos o próprio objecto, a loucura em si mesmo. Aí encontrámos, e, também de acordo com os ventos que sopravam na história (entendida no sentido lacto) dos respectivos tempos, os discursos transcendentais, morais, sociais e, modernamente, científicos.

O dispositivo rodou depois para os aspectos mais pragmáticos e certamente mais clínicos da loucura. Aí encontramos o desbravar inicial da densa floresta clínica que nada deixava ver à sua frente. Surgiu a dialéctica discursiva. Em consequência,

apareceram também as diversas classificações "oficiais" que vão "normalizando" o discurso, igualmente de acordo com os tempos de hoje.

Por último, o aparelho de análise instalou-se num observatório. Lá do alto, fotografou um a um os marcos da história da esquizofrenia. Parou um pouco em cada um deles por forma a reter os diversos discursos e, principalmente, a tentar encontrar e fixar uma qualquer linha que ligue coerentemente os diversos retratos discursivos. Cem anos de espaço tem este caminho. Partiu duma floresta, densa de árvores, pareceu atravessar planícies, mais ou menos claras (ilusões dos aparelhos quando fixam as lonjuras), mas acabou por chegar a outra floresta, é certo que apenas de sistemas, factores etiológicos e patogenias, pois o resto foi desbravado, mas ... floresta!

Onde se encontraram os caminhos? Qual a orientação da linha que, no transfundo da evolução dos saberes, liga os dois extremos do caminho? A nosso ver abre-se, no tempo actual, uma clareira de esperança na ainda densa floresta dos saberes e dos poderes. Do lado de cá da esperança, levantam-se pragmáticos os saberes biológicos, psicológicos, sociais e clínicos. Atrás, no horizonte crepuscular ainda, afirma-se, com alguma visibilidade, a concepção sistémica bioantroposocial.

Territórios dos Saberes Psiquiátricos
Cruzamentos dos Caminhos

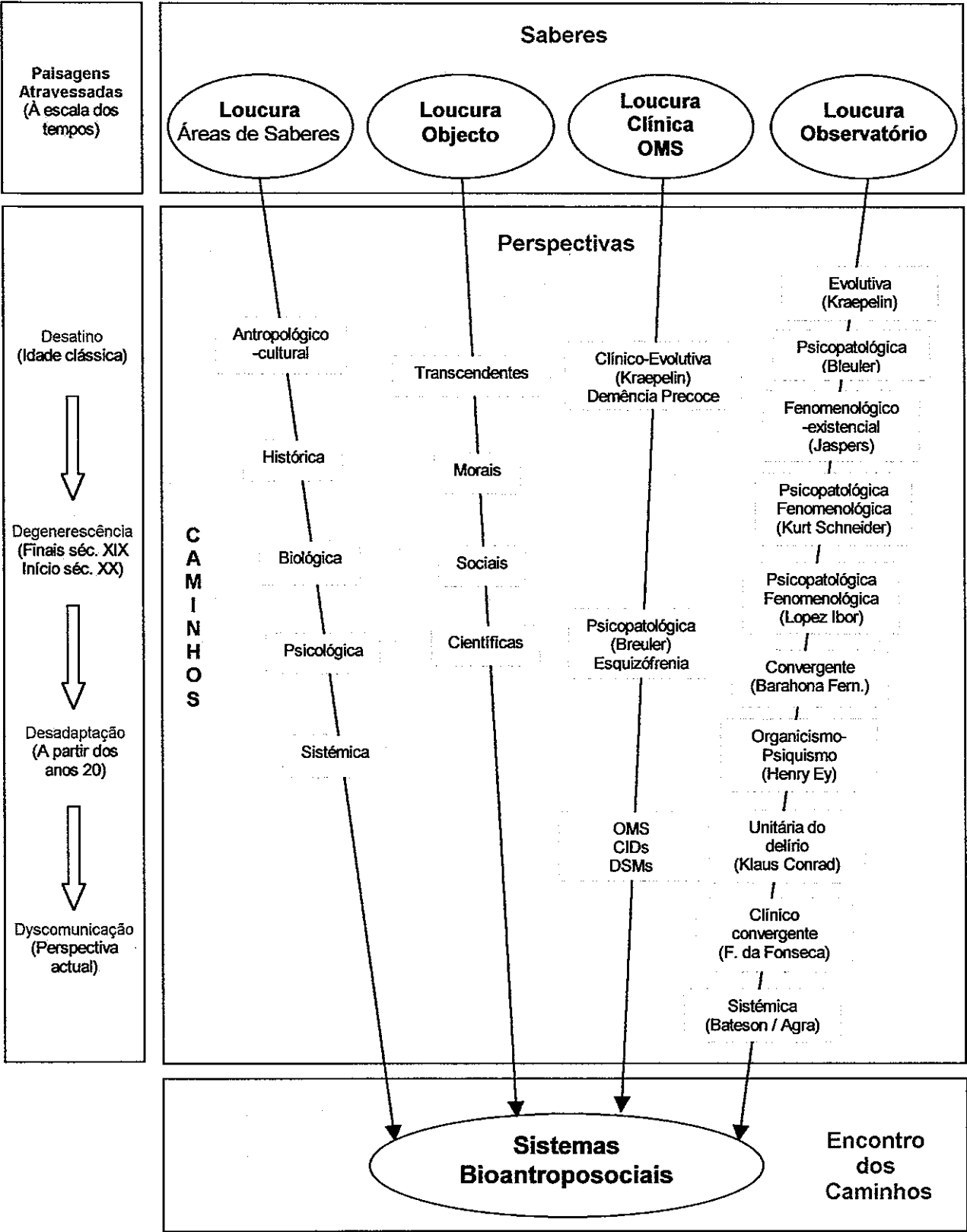


Figura 19 – Arqueologia dos saberes psiquiátricos.

4.3 Ao encontro dos sintomas e do diagnóstico

4.3.1 *Compreender e explicar a esquizofrenia*

A nobre questão do compreender e do explicar foi tratada no capítulo anterior, quando abordámos o contributo dado por Jaspers à clínica psiquiátrica em geral e à psicopatologia em especial. Aí se disse que na clínica se distingue ou pelo menos se tenta distinguir entre uma significação psicológica ou interior e uma causalidade natural ou exterior à personalidade.

O compreender, repitamo-lo mais uma vez, tem que ver com a continuidade de sentido entre as várias situações psicológicas do sujeito (estados de consciência) e as ambiências em que aquelas ocorrem. O observador tem, em certas circunstâncias psicológicas, a possibilidade de co-penetrar a psique alheia e aí entender o encadeamento das vivências, sentindo que, em condições psicológicas idênticas experimentaria vivências semelhantes. Compreendemos algo quando lhe descobrimos o sentido.

O explicar, como atrás já foi referido, tem que ver com a busca de determinantes (causais, estruturais ou processuais) em função dos quais os fenómenos se produzem. Para Jaspers o explicar tem um sentido um pouco mais restrito e, corresponde apenas, ao enquadramento das situações psicológicas em leis regulares; trata-se de tentar racionalmente encontrar relações causais, observadas a partir de fora, sem a referida co-penetração na vida psicológica do sujeito. Explicar significa assim descobrir os determinantes causais (e apenas estes) dos fenómenos, apurados aqueles do lado de fora do sistema (não é portanto um explicar estrutural, na medida em que este se colhe sem que se tenha que sair do sistema) e também não é um explicar processual na medida em que para este tipo de explicar o determinante se confunde com o tempo de evolução do fenómeno, ou melhor, o determinante é o próprio tempo. Doravante, quando referirmos o explicar, fazemo-lo no sentido de Jaspers (determinante causal). Explicamos o cansaço acentuado dum doente sujeito a um tratamento por citostáticos. Compreendemos as ruminações angustiantes deste paciente em relação ao seu futuro. Compreendemos igualmente um sentimento de vergonha experimentado por alguém que, subitamente,

é surpreendido a tentar abandonar um supermercado sem pagar um objecto que leva escondido. Explicamos um estado de fadiga num indivíduo que acaba de ser operado ao estômago. Compreendemos as dúvidas e a angústia que o acompanha em relação ao prognóstico da enfermidade.

4.3.2 O processo esquizofrénico em si mesmo

4.3.2.1 Qual a natureza do processo esquizofrénico ?

Das várias correntes em jogo ressaltam duas que, de alguma forma, polarizam os actuais cenários de investigação (Figura 20).

- **Kleist, K. Schneider e Mayer Gross** - A Esquizofrenia reduz-se a um mosaico de transtornos justapostos sem subordinação funcional a qualquer esquema.
- **Bleuler e psicodinamistas** - A dissociação (sintoma primário) condiciona secundariamente a libertação do imaginário inconsciente.

Figura 20 – A natureza do processo esquizofrénico.

Para Bleuler e para os psicodinamistas o processo esquizofrénico caracterizar-se-ia pela produção de sinais e sintomas primários (dissociação) que condicionariam secundariamente a libertação do imaginário inconsciente. Bleuler achava até (e muita gente ainda hoje acha) que o transtorno fundamental assentava na perturbação do processo associativo. Os desejos instintivos inconscientes e os complexos reprimidos, aproveitando a frouxidão das ligações ideativas, penetrariam na consciência regendo a vida psíquica e a conduta.

Para Kleist²¹¹, K. Schneider e Mayer Gross, o processo psicótico corresponderia a um mosaico de transtornos justapostos mas, sem subordinação funcional a qualquer esquema. O mundo esquizofrénico seria então um mundo novo,

²¹¹ Nágera, V. (1954): Op. cit., Pg. 577.

Nota: Kleist identificou três tipos de sintomas (catatónicos, afectivos e de linguagem), que, por serem tão semelhantes aos encontrados nos processos neurológicos, fundamentavam as suas suspeitas de, a esquizofrenia ser, de facto, uma doença de base somática (neurológica).

cheio de vivências novas, tendo em conta a experiência psicológica humana. A psicopatologia tomaria, neste sentido, o carácter de estudo psicológico do patológico.

Para Berze²¹², a natureza do processo assentaria na hipotonia da consciência.

Para Minkowski²¹³ o processo relacionar-se-ia com a perda do contacto vital com a realidade.

4.3.2.2 Qual o transtorno fundamental ?

No plano etiológico, continuamos a presumir que se trata dum transtorno somático (Figura 21). Porém, e não obstante até hoje, no estado actual da ciência, não ter ainda sido possível desenhar; no mapa cerebral, o *locus* mórbido, começam a aparecer sinais inequívocos da sua veracidade e até do seu perfil, pelo menos no aspecto funcional. Aliás, tem sido esta convicção, instalada no espírito dos clínicos e dos psicofarmacologistas, que tem suportado toda a investigação no plano terapêutico, cujos resultados, na prática clínica, são, não só apreciáveis, mas também muito animadores.

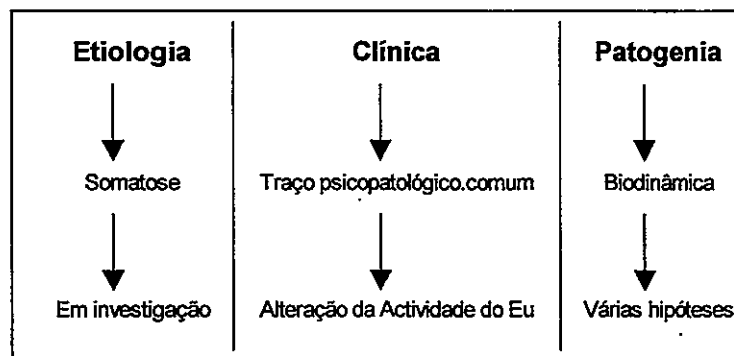


Figura 21 – Transtorno fundamental esquizofrénico.

No plano clínico, de há muito que se pensa que o transtorno fundamental esquizofrénico assenta na perturbação da actividade do eu. De facto, todos os sintomas de 1ª Ordem têm como denominador comum o transtorno daquela

²¹² Nágera, V. (1954): Op. cit., Pg. 571.

²¹³ Ibidem., 574.

Nota: Para Minkowski, o transtorno fundamental esquizofrénico consiste na perda do contacto vital com a realidade, ou do sentimento de harmonia psíquica com a vida; contacto vital esse que é o resultado de uma função em que intervêm principalmente factores dinâmicos, os quais permitem a subjectivação do espaço e do tempo, e, por consequência, do movimento e da duração, coordenadas que servem de pano de fundo ao fluir das vivências.

dimensão da consciência de si mesmo.

No plano patogénico reconhece-se que o adoecer emana dum processo biodinâmico perturbado, porém, a intimidade de tal perturbação, permanece ainda hoje por esclarecer. Berze havia proposto uma interessante hipótese que se prendia com a diminuição do *tonos* da consciência (conceito difícil de apreender) e que, no fundo, não estaria muito longe do conceito de Conrad com a sua hipótese de quebra ou diminuição da energia vital.

4.3.2.3 A desorganização da funcionalidade vivencial

Dada a expressão que as ciências naturais tinham no início do Séc.XX, não admira que a psicologia de Bleuler reflectisse essa tendência. Com Bleuler a psicologia, particularmente no campo das psicoses, sempre foi uma patologia do psicológico, isto é, a psicologia tendia a ajustar-se à doença. Mais tarde, e, com os modelos inspirados na fenomenologia clínica e estrutural, a psicopatologia segue o caminho inverso, isto é, o estudo psicológico do patológico (uma espécie de nova psicologia – uma psicologia do mundo psicótico, carregado de novas formas de vivenciar as estranhas experiências do dia a dia).

No plano patogénico Bleuler dividia os sintomas em primários e secundários. Os primários seriam aqueles que provinham directamente do processo mórbido, e, este era entendido como uma deficiência elementar ou funcional ao gosto da psicologia de Wundt, tão na moda no 1º quarto do Séc. XX. Eram psicologicamente incompreensíveis, eram simples e elementares. Os secundários ocorriam como resposta da personalidade à doença que a afectava. Eram sintomas muito mais complexos e revelavam-se compreensíveis no plano psicológico. O autismo, sintoma nuclear na psicopatologia de Bleuler, nunca foi considerado um sintoma primário, exactamente porque o autismo excedia o conceito de função, e os sintomas primários, como se disse, derivavam directamente da alteração de uma qualquer função da vida psíquica. Este facto evidencia a visão da psicopatologia por este autor como uma patologia do psicológico.

Ao contrário, a percepção que alguns autores da corrente clínico-fenomenológica tiveram, muito particularmente K. Schneider, da existência na

esquizofrenia de experiências não repetíveis na vida psicológica normal, conduziu à elaboração de uma psicopatologia baseada na contemplação e descrição fenomenológica da doença. Construiu-se assim, como se disse, uma verdadeira psicologia do patológico.

Em relação aos sintomas de 1ª Ordem e de 2ª Ordem, Lopez Ibor afirmava que a presença de sintomas de 1ª Ordem justificavam o diagnóstico de esquizofrenia. As alucinações mais características da psicose esquizofrénica, designadamente certos fonemas e também as percepções delirantes, não deveriam, em boa verdade, enquadrar-se no campo senso-perceptivo, nem tão pouco no campo do pensamento, mas sim constituiriam experiências absolutamente novas e, evidentemente, estranhas à vida psicológica normal. Lopez Ibor chamava ainda a atenção para o fenómeno da contaminação funcional, que, ao fim e ao cabo, mais não representa do que a própria desorganização funcional das vivências.

4.3.3 *Sintomas básicos*

No decorrer de toda a nossa investigação esforçámo-nos por tentar descortinar os diversos caminhos do adoecer esquizofrénico, particularmente no terreno do delírio. Em cada esquina do fluir delirante, tivemos de discernir a respeito da génese da perturbação do pensamento, fosse ela no plano formal, fosse na vertente temática. Para tanto tornou-se, e, torna-se em qualquer caso muito importante, avaliar o real significado ligado aos sintomas chamados primários e também ao transtorno da consciência de si mesmo, particularmente na sua dimensão fenomenológica - actividade do eu. Por decorrência psicopatológica, descrevemos e avaliamos igualmente os chamados sintomas secundários. Na Figura 22 são referidas as principais qualidades ancoradas aos sintomas primários e secundários. Nas histórias clínicas estudaremos toda a fenomenologia dos mesmos.

Primários:	Somatógenos, inderiváveis, precoces, constantes, incompreensíveis.
Secundários:	Psicógenos, deriváveis, tardios, inconstantes, compreensíveis.

Figura 22 – Sintomas primários e secundários.

No plano estritamente clínico, a semiologia a estudar e classificar com vista ao diagnóstico, volta-se mais para a presença dos chamados sintomas positivos e negativos. Uns e outros dão-nos uma ideia muito clara do tipo de psicose em análise, bem como nos fornecem indicações preciosas a respeito do período de estado e também da evolução e prognóstico. Na Figura 23 estão alinhados os mais importantes sintomas positivos e negativos.

Sintomas Positivos	Sintomas Negativos
• Inserção do pensamento • Transmissão do pensamento • Eco do pensamento • Roubo do pensamento • Alucinações auditivas na 3ª pessoa • Alucinações auditivas na 2ª pessoa • Delírios de influência • Delírios de referência • Delírios paranoides	<i>Embotamento afectivo (atímia)</i> ○ Expressão facial invariável ○ Diminuição dos movimentos espontâneos ○ Ausência de gestos expressivos ○ Ausência de inflexões vocais <i>Alogia-Pobreza da fala</i> ○ Pobreza dos conteúdos da linguagem ○ Aumento do tempo de latência de resposta <i>Apatia (abulia)</i> ○ Descuido no arranjo pessoal e na higiene ○ Pouco empenho ao nível do trabalho ○ Falta de energia <i>Anedonia (associabilidade)</i> ○ Perda de interesse na diversão ○ Perda de interesse pelo sexo ○ Incapacidade para sentir intimidade ○ Incapacidade para criar amigos

Figura 23 – Sintomas positivos e negativos.

4.3.4 Formas clínicas

Apenas por respeito à tradição clínica registamos, de maneira absolutamente esquemática, os diversos tipos clínicos consagrados praticamente em todas as classificações. O seu uso no quotidiano da prática clínica está tão enraizado que quase nos esquecemos da fluidez conceptual e do facto frequentíssimo de muitos doentes atravessarem as diferentes formas em distintos períodos e, até, de alguns doentes terem características que os colocam ao mesmo tempo em mais do que um grupo.

4.3.4.1 Esquizofrenia simples

O quadro clínico é pobre no pano psicopatológico. Os sintomas mais comuns desta forma de psicose são: vacuidade intelectual, deterioração acentuada da

afectividade e tendência progressiva ao esvaziamento global da actividade psíquica superior, especialmente ao nível afectivo e psicossocial. A evolução arrastada do quadro clínico e a quebra das relações afectivas, por superficialidade das mesmas, leva estes doentes a caírem frequentemente na marginalidade.

4.3.4.2 Esquizofrenia hebefrénica

Termo composto por dois étimos gregos: *hebe* (juventude) e *frenos* (mente).

Instala-se habitualmente de forma insidiosa e atinge o homem em idades precoces, sobretudo logo a seguir à puberdade. Caracteriza-se por alterações na esfera afectiva, exprimindo transtornos típicos que alternam entre a depressão e a exaltação. O paciente apresenta frequentemente um comportamento bizarro (estereotipado) que evolui, em regra, rapidamente para a deterioração. O distintivo primeiro da hebefrenia reside na alteração da afectividade. Contudo, outros sinais estão quase sempre presentes tais como a desagregação do pensamento e a extravagância do comportamento. São doentes geralmente muito dados à especulação científica e filosófica.

4.3.4.3 Esquizofrenia paranoide

Aparecem formas vivenciais delirantes, com temáticas por vezes mal sistematizadas em torno de ideias absurdas de perseguição ou de prejuízo, de invenção ou de ciúme, ou organizadas a partir das mais diversas alucinações verbais, cenestésicas ou auditivas, com evolução para a desagregação.

--- Frequentemente as ideias persecutórias ou de auto-referência constituem-se num sistema delirante lúcido, plausível e coerente. A psicopatologia apresentada, mesmo as mais vivas perturbações do comportamento, dos afectos e do pensamento são, usualmente, concordantes com o conteúdo do delírio.

4.3.4.4 Esquizofrenia catatónica

Os sintomas mais característicos manifestam-se ao nível da esfera da vontade e são de carácter motor (fenómenos catalépticos, esteriotipias, negativismo, mutismo, agitação, estupor, ecolalia).

4.3.4.5 Paranóia

Delírios alucinatórios sistematizados. Início insidioso, mantendo intacta a ordem do pensamento, a lucidez da consciência e a normal execução dos actos. Isto é, nesta forma clínica praticamente não existe deterioração.

4.3.4.6 Parafrenia

Aparecimento tardio (depois dos 40 anos), desenvolvimento insidioso, caracteriza-se pela riqueza de conteúdos fantasistas (influência, grandeza, transformação) que se encontram geralmente mal sistematizados.

4.3.4.7 Forma esquizo - afectiva

Formas clínicas de início afectivo, que podem evoluir por curso fásico, ou não, e, que põem problemas sérios de diagnóstico diferencial entre a esquizofrenia e a perturbação afectiva. Nas nossas histórias clínicas, encontrámos, neste grupo, situações nas quais o diagnóstico diferencial exigiu uma apurada e difícil reflexão dos campos psicopatológico e fenomenológico das situações.

4.3.4.8 Formas residuais

Correspondem ao esvaziamento a que a doença esquizofrénica muitas vezes conduz, deixando a personalidade reduzida ao que vulgarmente se designa por defeito psicótico.

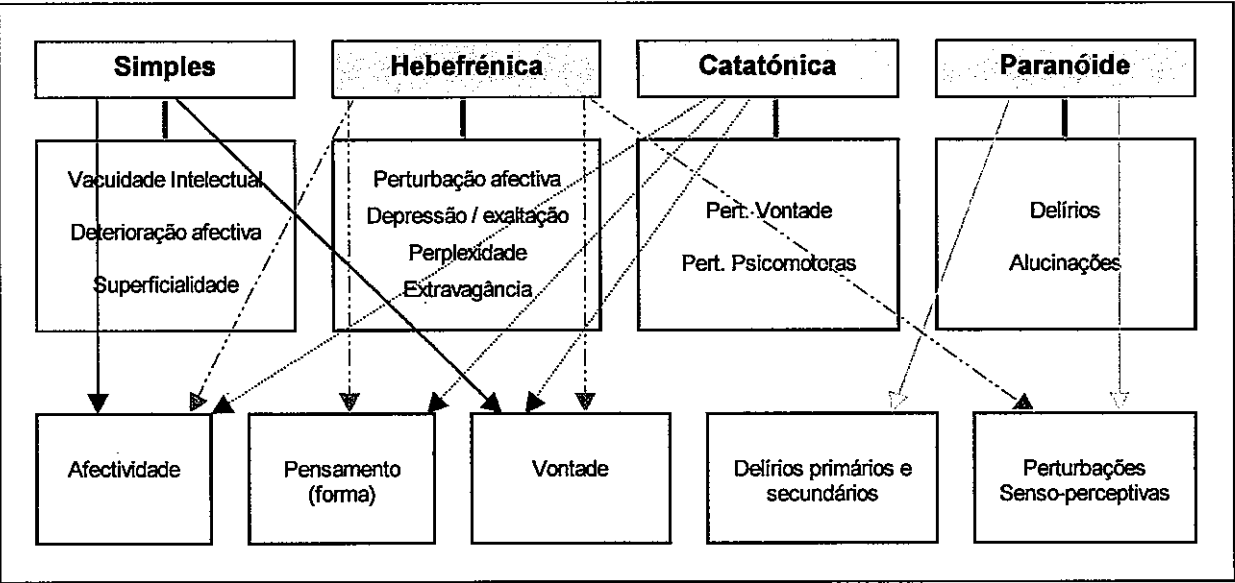


Figura 24 – Formas clínicas.

A Figura 24 mostra um diagrama onde se exprime, de forma abreviada, o arranjo clínico das diferentes formas.

4.3.4.9 Evolução da esquizofrenia

Se repararmos com atenção nas diversas formas de evolução do quadro clínico, tendo em conta as alterações (em certos casos mutações mesmo) que a personalidade vai sofrendo com o evoluir da doença, e, partindo da forma de início (súbito ou insidioso), achamos sete grupos que correspondem a outros tantos estilos de curso e de defeito da enfermidade (Figura 25).

Na terceira parte desta obra daremos conta dos diversos modos de evolução dos doentes da nossa amostra. Adiantamos, porém, que o prognóstico está muito relacionado com o modo de início do quadro clínico e com a evolução, particularmente nos primeiros meses a partir do início do processo psicótico.

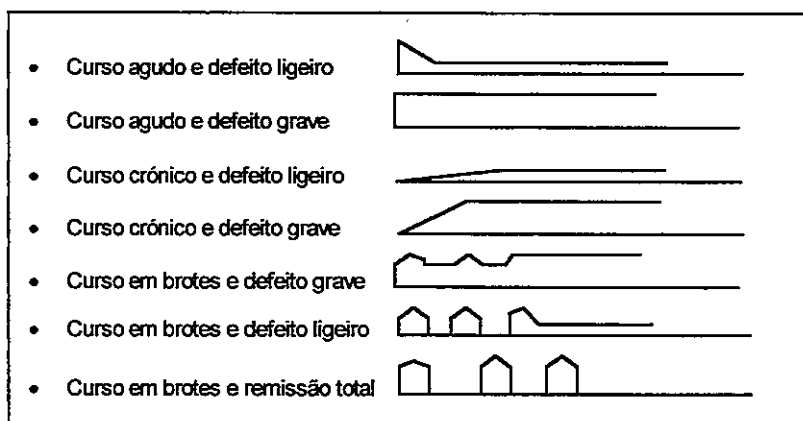


Figura 25 – Evolução da esquizofrenia.

4.4 “Os olhos” translúcidos da esquizofrenia

4.4.1 A continuidade de sentido

A continuidade de sentido²¹⁴ está intimamente relacionada com a compreensão

²¹⁴ Schneider, K. (1960): Das Relações de Sentido em Psiquiatria, *Psiquiatria Hoje*, 3ª Ed. em língua alemã (trad. do Prof. Barahona Fernandes) Pg. 25-31.

Nota: Esta versão em língua portuguesa foi oferecida por Barahona Fernandes ao mestre alemão aquando do seu 80º aniversário.

genética (Jaspers). Isto é, eu compreendo a inquietação de alguém que aguarda ansiosamente o veredicto dum médico a propósito duma qualquer doença que o aflige. Porém, a compreensão está sujeita a inúmeras vicissitudes. Desde logo está sujeita aos diversos vectores da personalidade, particularmente aos vectores que emergem da esfera constitucional, marcando a individualidade de cada um. Outro factor importante, com assinalável influência na orientação e continuidade de sentido das vivências, tem que ver com a idade, que, na sua progressão em cada “criatura humana”, vai matizando com cores diversas o mundo instintivo, “mexendo” com cinzel e pincel (forma e conteúdo) na própria personalidade e na forma desta se relacionar com o mundo. Apesar de tudo, podemos observar que, por detrás destes e doutros vectores, nos quais é difícil descortinar continuidade de sentido, existe uma certa unidade global. E é sobre o lastro instintivo e temperamental (base constitucional do ser) e no contexto da referida unidade, que o homem reage com algum sentido e coerência ao ambiente e às vivências. É este o sentido que Kurt Schneider dá às chamadas reacções vivenciais, cujo conceito transcrevemos: “Reacção vivencial é a resposta sentimental e dotada de uma motivação plena de sentido, a uma vivência; isto é, a resposta oportuna, motivada e sentimentalmente adequada à dita vivência”²¹⁵. A coerência e o sentido da resposta, assentam, segundo o psicopatologista alemão, nos três critérios seguintes: 1º. A resposta é motivada; existe portanto uma vivência (razão concreta) que origina a reacção. 2º. Apura-se uma relação compreensível entre o tema da reacção e a causa que a originou. 3º A duração da reacção depende da intensidade e da qualidade da causa. Ora, uma análise empírica destes três critérios revelam-nos o seguinte. Enquanto que o 1º critério nos parece universal, ele encerra de facto a essência do próprio conceito de reacção vivencial (resposta sentimental a uma qualquer situação vivida), já o 2º e o 3º critérios nos deixam uma margem de indefinição (quer na qualidade da resposta, quer na duração, quer até na evolução) que tornam nebuloso o ambiente onde o observador procura a continuidade de sentido. Há uns anos observámos um homem que, num acidente infeliz de caça, havia atingido mortalmente o sogro. Depois do trágico incidente, o homem sumiu-se para fora do acontecido, meteu-se a

²¹⁵ Schneider, Kurt (1963): Patopsicologia Clínica, Op. cit.,Pg. 65.

caminho, estrada fora, arma às costas, assobiando e cantarolando. Conduzido mais tarde ao hospital, o paciente apresentava uma atitude algo teatral, completamente desligado do acontecimento que protagonizara dois dias antes, enfim, mergulhado num estado crepuscular que só cedeu alguns dias mais tarde. Muitas reacções vivenciais apresentam um conteúdo em absoluto desprendido do objecto motivante, outras arrastam-se no tempo, de tal forma que é difícil descortinar coerência na relação entre a duração e a causa originante; outras ainda, pelo contrário, apagam-se instantaneamente, ou pelo menos parecem apagar-se. Por vezes surgem mais tarde, inopinadamente, sem motivo aparente, e, noutras ocasiões, ainda surgem a espaços, de forma intermitente, como que a alertar o sujeito para o facto do problema não estar ainda resolvido. Kurt Schneider refere que “este *fundo* da reacção vivencial, não motivante mas actuante” é influenciado, não só por circunstâncias ligadas ao conjunto da personalidade, mas também a circunstâncias ambientais as mais variadas tais como as horas do dia, as estações do ano, os estimulantes de todo o tipo incluindo o álcool ou a música. Em resumo, nem sempre as respostas sentimentais às diversas vivências se encaixam em leis cujo sentido se possa descortinar facilmente. Aliás, o fundo das vivências, é ele próprio frequentemente imprevisível (mesmo na ausência de qualquer factor reactivo), assumindo umas vezes um perfil distímico, outras vezes um abatimento básico sustentado (depressões endotímicas). Mas os estados de humor não esgotam o fundo (base) do qual emergem. Juntamente com os sentimentos e as emoções cujas raízes nele (fundo) mergulham, sobem também até às zonas do eu uma variada gama de vivências que vão desde angústias, obsessões, sentimentos de despersonalização, sentimentos de fadiga, pensamentos de todo o tipo, actividade volitiva e tudo isto de forma espontânea, isto é, não motivada. Contudo, e, não obstante a permanente intervenção do fundo (somando ainda as oscilações atrás admitidas), a vida psíquica normal e o humor enquadram-se quase sempre numa dialéctica compreensível entre a personalidade e o reagir às vivências. Do *fundo* e desta dialéctica depende, em última instância, a tonalidade do humor prevalecente num dado momento.

Do *fundo* das reacções vivenciais, em si não vivido nem vivenciável, destaca-se

o sub-fundo vivido que é próprio de algumas reacções vivenciais. Por exemplo, quando alguém é aconselhado pelo seu médico a fazer análises clínicas fica momentaneamente preocupado com a sua saúde. Depois, retoma normalmente o trabalho e até se esquece do episódio das análises. Porém, uma pequena contrariedade ocorrida ao longo do dia é capaz de desencadear uma violenta resposta, de todo desproporcionada em relação à causa que lhe deu origem. Mas nem sempre o *sub-fundo* nos aparece assim motivado. Ocasionalmente surge-nos assente no tal *fundo* não vivenciável como acontece naqueles episódios de nostalgia aguda que subitamente, sem motivo detectável, nos assalta durante horas e que depois desaparece sem deixar rasto; é esta também uma reacção de *sub-fundo*. O *fundo* assume-se no acontecer vivencial reactivo como algo capaz de modificar o comportamento psíquico. Acontece por vezes que a tecla do sub-fundo é premida por uma vivência, por exemplo um susto e, doravante, o indivíduo fica com uma tendência a assustar-se. Factos marcantes na vida do sujeito podem provocar autênticos atropelos no percurso existencial, promovendo modificações maiores ou menores operadas pelo *fundo*. É certo que o indivíduo fica como que marcado pelo fenómeno que o tocou, porém, mantém-se geralmente intacta a tal unidade de conjunto atrás desenhada. Isto é, reacções vivenciais intensas podem originar desvios mais ou menos significativos na continuidade de sentido, embora seja possível compreender geneticamente o fenómeno, preservando-se quase sempre a referida unidade global. A intervenção do sub-fundo “motivo fundamental”²¹⁶ e do fundo “factor modificador” compromete frequentemente a continuidade de sentido, provocando estados psicopatológicos não menos endógenos do que os clássicos quadros psicóticos endógenos. Estão nestas condições as depressões de fundo (endotímico), estados ansiosos sem sentido, vivências de despersonalização, estados obsessivos e outros. Se são muito intensos na sua expressão clínica enquadramo-los nas psicopatias.

Existe uma relação constante entre o acontecer reactivo-vivencial e os fenómenos do fundo e sub-fundo. Em dias maus (sem motivo evidente) reagimos

²¹⁶ Schneider, Kurt (1963): Op. cit., Pg. 70.

habitualmente mal às vivências e um acontecimento mau, mesmo depois de resolvido pode deixar um rasto azedo de má disposição por muito tempo. Em muitos destes fenómenos oriundos do sub-fundo, o conteúdo (tema) está de acordo com eventos pessoais, quer dizer apura-se facilmente uma relação de sentido. Porém, é destituído de todo o sentido o facto destes estados existirem. O processar do sub-fundo ajusta-se à unidade de conjunto da evolução psíquica, mantendo-a sensivelmente intacta, tal qual o processar vivencial-reactivo. Pelo contrário o processar psicótico, seja arrastado, seja episódico, rompe a continuidade de conjunto e afirma a ausência da continuidade sentido.

Vários autores conceptualizam a questão do sentido e da sua continuidade de diversas maneiras. Este tema, profundamente complexo, tem alimentado algumas polémicas e permanece muito longe de estar esclarecido. Para Jaspers a incompreensibilidade acontece quando há total incoerência entre o motivo da vivência e a actualidade psíquica restante, isto é, não se capta uma relação de sentido entre um fenómeno (motivo) e o outro fenómeno (vivência resultante). Kurt Schneider deu ao conceito de Jaspers o desenho geométrico que em geral deu a tudo o que à psicopatologia diz respeito. Assim, considerou que o psicologicamente incompreensível se distingue do compreensível porque carece de legitimidade ou continuidade de sentido no seio da totalidade do desenvolvimento histórico-vital. Além disso fez alinhar ao lado do conteúdo da vivência (tema) e talvez até com importância acrescida a estrutura da vivência (forma), exigindo-lhe também coerência vivencial para consagrar o tal conceito de compreensibilidade.

Incompreensíveis no sentido Jasperiano são, portanto, as disposições inatas, o matizado que as diferentes idades dão ao lastro instintivo e à personalidade e ainda certos aspectos do processar do sub-fundo e do próprio fundo. Neste assenta tudo o que é anímico. Trata-se duma instância difícil de precisar, uma espécie de situação psicológica limite que roça o orgânico, não se demonstra empiricamente, não é sequer vivido nem vivenciável. Está tão próximo do orgânico que, como diz K. Schneider, se serve frequentemente do corpo para se manifestar.

No que respeita à existência (dasein)²¹⁷ de estados anormais, tanto o processar do sub-fundo como o processar psicótico são desprovidos de qualquer sentido. O mesmo não se passa com as reacções vivenciais nas quais se encontram sempre relações de sentido, quer dizer compreende-se sempre o facto destas reacções existirem. Mas, já o ser assim (sosein), isto é, o modo de ser, é significativamente compreensível nas três formas tendo em conta os conteúdos (temas) de que são compostas. De facto, na psicose é muitas vezes compreensível o tema do delírio, jamais é compreensível que alguém delire ou alucine.

Sentido da experiência (Da-sein):
Sub-fundo e Psicótico - Desprovidos de sentido
Reacção vivencial - Com sentido
Sentido do modo de ser (So-sein):
Relação de sentido do tema com o experimentado, procurado ou desejado. Pode ser compreensível nos 3 modos de agir psíquico.
Relação de sentido do tema com a forma:
Sub-fundo e R.Viv. - compreensível. Psicose - sem sentido
Sentido da expressão (forma de revelação):
Perturbação somático funcional e perturbação psicogénica
Sentido transcendente

Figura 26 - Relações de sentido em psicopatologia.

De realçar que se cometem frequentemente erros grosseiros na tentativa de decodificar os conteúdos, confundindo-se reacções vivenciais e desenvolvimentos anormais da personalidade com psicoses. Na Figura 26 resumimos, em esquema, as principais relações de sentido em psicopatologia. Adiante, na história de vida do caso Alfredo, ilustramos, com exemplos, a distinção psicopatológica que se impõe.

Assim: o sentido da existência (dasein) refere-se ao facto dos fenómenos psíquicos em estudo existirem. O processar do sub-fundo e o processar psicótico são desprovidos de sentido. No processar vivencial-reactivo detectamos, ou

²¹⁷ Nota :“Dasein” (Da-sein) – o ser que “está-aí”. “Sosein” (So-sein) – o “ser-em-si”. São conceitos de Heidegger intrinsecamente ligados ao binómio existência – essência. A essência é o “ser da coisa”, aquilo que nela é fundamental e imutável (Sosein). A inatingibilidade do “ser-em-si” opõe-se a acessibilidade do “ser-como-se-mostra” (Dasein), o ser que, existindo, se confronta connosco expondo-nos a sua acidentabilidade.

devemos detectar o sentido, porque ele sempre existe. Em relação ao modo de ser (sosein), isto é no que se refere ao tema em si mesmo, encontramos muitas vezes uma relação de sentido com aquilo que foi experimentado, procurado ou desejado nas três modalidades acima explicitadas.

4.4.2 *O mundo delirante*

O que é o delírio? É uma convicção privada completamente desinserida da realidade, correspondendo portanto a uma ruptura com a realidade interhumana comum.

E o que é a realidade interhumana comum? É o requisito indispensável que permite ao homem a convivência, a crítica e a argumentação a propósito das coisas concretas.

O delírio é então uma convicção, pessoal, privativa, polarizando à sua volta toda a vida do sujeito. Muito próximo da convicção privada está o fenómeno da fé e da superstição, daí a necessidade de ponderar a existência dum delírio em função de contextos de natureza cultural e social.

O delírio vive-se no campo da experiência e no campo do pensamento (dois pilares da consciência da realidade), sublinha Jaspers.

A realidade torna-se privada e deixa portanto de constituir o pressuposto básico de entendimento do sujeito com o mundo dos outros.

No mundo psicológico normal este pressuposto a que chamamos realidade é tão evidente que nem nele pensamos. Porém, "o que nos é evidente a cada momento, costuma ser também o mais enigmático"²¹⁸.

A vivência da realidade apenas se pode descrever como um fenómeno primário. Só na patologia, particularmente no delírio, é passível de ser desmontada e fenomenologicamente contemplada. Na sua essência é então possível observar (segundo Jaspers) as seguintes características:

²¹⁸ Jaspers, K. (1959): *Psicopatologia Geral*, Vol. I, Op. cit., Pg. 115.

“O real é o que percebemos corporeamente...”²¹⁹ - oposição às representações.

“A realidade está na consciência do ser...” - consciência da existência – perde-se no alheamento. “Real é o que nos opõe resistência...” - Tudo que trava o nosso movimento físico, tudo que impede a realização imediata dos nossos desejos e tendências; estende-se desde a palpabilidade do que é tátil até à percepção do significado das coisas. Deve-se fazer a distinção entre o carácter de objecto²²⁰ das coisas sensorialmente reconhecidas e o juízo de realidade. O nosso juízo crítico está apto, em condições normais, a estabelecer rapidamente a distinção entre o que parece, por exemplo um lago que eu julgo ver no topo de uma estrada e a realidade - não há lago nenhum, mas apenas uma ilusão óptica. O delírio é assim uma transformação na consciência global da realidade.

Nem sempre o delírio significa queda e abismo. De facto, em geral fala-se do delírio e da personalidade que o produz e transporta, no que toca à evolução que ambos sofrem, apenas em termos de defeito, deterioração, ruína e caos... Mas, muitas vezes e ao contrário, é justamente através de uma longa evolução que o delírio se organiza e mais ou menos se estrutura na chamada sistematização, ao mesmo tempo que, e, por isso mesmo, se nos mostra mais depurado e de desenho mais vivo. Grandes produções artísticas e talvez científicas habitaram por algum tempo a esfera do delírio.

4.4.3 O *fluir do delírio*

4.4.3.1 Nota prévia

Referimo-nos, fundamentalmente, ao delírio na esquizofrenia. Parafraseando Henrique Gomes de Araújo, “esquizofrenia plena significa delírio pleno”²²¹. E, onde se situa este pensamento tresmalhado que corre muitas vezes sobranceiro e até arrogante ao lado do pensamento dito normal? Ouçamos de novo o erudito psiquiatra

²¹⁹ Jaspers, K. (1959): *Psicopatologia Geral*, Vol.I, Op. cit., Pg. 116.

²²⁰ *Ibidem.*, Pg. 78.

²²¹ Gomes de Araújo, H. (1980): comunicação pessoal.

portuense: "Delírio ou delirar? Na esquizofrenia plena não se trata de um delírio a produzir-se no espaço interior. Não. É a própria vida interior que, na sua totalidade, até ao mais remoto dos seus vãos, está empapada nas deformações do delírio. Há, mais propriamente, um delirar global da personalidade do que um delírio na personalidade"²²².

4.4.3.2 O delirar na fenomenologia de Jaspers

Em 1911 Jaspers expõe, no seu tratado de Psicopatologia Geral, os critérios fundamentais que haveriam de definir o conceito de delírio, fazendo corresponder o delírio a uma transformação da consciência global da realidade. Esta transformação anuncia-se nos juízos de realidade e comunica-se através do pensamento. Diz Jaspers: "Só onde se pensa e se julga pode nascer um delírio"²²³. Define a ideia delirante como um juízo errado, falseado por uma qualquer causa patológica e caracterizada pelos seguintes sinais: convicção inabalável, extraordinária certeza subjectiva, impermeabilidade perante a experiência e a argumentação lógica, inverossimilhança do conteúdo. Karl Jaspers parte do seu conceito de compreensibilidade psicológica e estabelece dois tipos de ideias absolutamente distintas: As ideias delirantes primárias ou verdadeiras e as ideias delirantes secundárias ou deliroides. As primárias são incompreensíveis psicologicamente, isto é, não se vislumbra nelas uma causa compreensível, são mórbidas na sua estrutura, são irreduzíveis, originais, simples e elementares. As secundárias são psicologicamente compreensíveis, emergem de vivências ou de afectos, ou derivam de outros sintomas, mantendo as características de morbilidade, de irreduzibilidade e de absurdidade. Estas três últimas características (morbilidade, irreduzibilidade e absurdidade) constituem elementos fenomenológicos fundamentais para as distinguir de erros de avaliação ou de interpretação e de ideias sobrevalorizadas. O erro corrige-se após a reflexão (por mais parecida que uma rosa seja com uma camélia, um exame um pouco mais cuidado acaba por distingui-las). Ainda que muitos erros de interpretação possam apresentar as características de absurdidade e

²²² Gomes de Araújo, H. (1980): A Esquizofrenia como Existência Dupla, Separata do "Jornal do Médico", CIII (1892): 627-632, Pg. 3.

²²³ Jaspers, Karl. (1959): Psicopatologia Geral, Vol.I, Op. cit., Pg.118.

incorrigibilidade, nunca apresentam o carácter de morbilidade, ao passo que a ideia delirante tem não só esse carácter mórbido tal como conserva a irreducibilidade férrea perante a lógica e a absurdidade. A ideia sobrevalorizada espelha uma representação mental que predomina, permanente ou provisoriamente na consciência e que se relaciona com um estado afectivo que a suporta. Geralmente essas ideias (por exemplo opiniões sobre o mundo, sobre a vida ou sobre as pessoas) são adquiridas pelos hábitos ou pela educação e são impulsionadas pelos afectos tornando parciais os nossos juízos. A ideia sobrevalorizada reflecte geralmente a personalidade do seu portador, que se identifica significativamente com ela. Não é, portanto, estranha ao eu, contrariamente à ideia delirante que é (categoricamente) estranha ao eu. A ideia obsessiva, onde também predomina o carácter de permanência na consciência está igualmente integrada no eu tal qual a ideia sobrevalorizada. O conteúdo obsessivo é todavia vivenciado como algo excessivo e até absurdo, contra o qual o sujeito luta. Distinta é a ideia sobrevalorizada, igualmente integrada no eu tal como a ideia obsessiva, mas experimentada como normal e portanto não absurda. O detentor de ideias sobrevalorizadas não luta contra elas como o faz o portador de ideias obsessivas, embora num caso e noutro as referidas ideias não sejam estranhas ao eu como acontece com as ideias delirantes. Em resumo, faltam portanto às ideias sobrevalorizadas os caracteres de irreducibilidade, de morbilidade, de incompreensibilidade, de absurdidade e de estranheza ao eu que caracterizam as ideias delirantes.

O delírio primário e o secundário

Jaspers distingue as ideias delirantes primárias das secundárias utilizando o seu conceito de compreensibilidade – incompreensibilidade. As relações psicológicas são compreensíveis quando, analisado o estado psíquico patológico, damos conta que se desenvolvem montadas sobre situações conhecidas e de influência perfeitamente demonstrável. Isto é, nós próprios e a maioria das pessoas, quando mergulhadas em circunstâncias idênticas, reagiriam ou poderiam reagir da mesma maneira. Existem portanto, nas relações psicológicas compreensíveis, nexos de



causa e efeito que nós (observadores) entendemos perfeitamente. Pelo contrário, existem estados psicológicos de todo incompreensíveis, quer dizer, não se apura qualquer nexo de ligação entendível entre um estado psicológico X e outro que lhe dê origem. Eu entendo a apreensão de uma mãe que tem o seu filho doente. Mas não compreendo que o facto de alguém ter encontrado na rua uma pedra preta entre outras pedras vulgares, seja um sinal absoluto que distinguia esse alguém para uma qualquer missão especial. É na clareza cortante desta incompreensibilidade (perante tudo o que é acessível à inteligência humana) que se inscreve a ideia delirante primária.

Karl Jaspers classifica as ideias delirantes primárias, utilizando critérios fenomenológicos e clínicos, da seguinte forma: percepções delirantes, representações delirantes e convicções delirantes.

4.4.3.3 Percepção delirante

O doente arranca duma percepção em tudo normal, um significado, geralmente relacionado com ele e sem que a percepção sofra qualquer modificação no seu aspecto sensorial. O exemplo que se segue foi extraído do caso Miguel.

No corredor, diante do seu quarto na clínica, decorava a parede branca um pequeno crucifixo. Por qualquer razão a cruz estava ligeiramente inclinada. O paciente imediatamente estabeleceu uma relação entre este facto e o seu caso. As forças do mal haviam inclinado o Cristo, avisando-o (a ele) que não valia a pena fugir; “eles estavam ali”.

O transtorno não radica nas partes elementares da percepção – o crucifixo estava de facto pendurado e inclinado; nem na apercepção – é um objecto que adorna uma parede; nem na ulterior elaboração intelectual – trata-se dum símbolo religioso; mas sim no impulso à interpretação simbólica; a cruz inclinada encerrava um aviso para ele (vivência de significado).

Para Kurt Schneider o delírio expõe-se segundo duas modalidades: a percepção delirante e a ocorrência delirante. Reparemos na delimitação fenomenológica dos dois conceitos e ilustremos ambos com exemplos das nossas histórias clínicas.

Fala-se em percepções delirantes, diz K. Schneider “quando se agrega às

autênticas percepções um significado anormal, no sentido, a maioria das vezes, da auto-referência e sem que exista para isso um motivo compreensível de índole racional ou emocional”²²⁴. E continua: “É como se, através da percepção, se expressasse uma verdade mais elevada”. Os fenomenologistas da primeira metade do séc. XX gastaram-se em discussões intermináveis ao redor do desenho fenomenológico deste sintoma, pois, a sua presença, na opinião dos psicopatologistas clássicos, quase garante o diagnóstico de esquizofrenia. É certo que, em raras ocasiões onde pontificam doenças de natureza psico-orgânica, tóxica ou funcional (estados crepusculares epilépticos, psicoses tóxicas, quadros orgânicos), podem aparecer percepções que em tudo preencham os critérios que indicámos para a percepção delirante, mas é sem dúvida na esquizofrenia que atingem o mais alto valor semiológico. K. Schneider integrou-as nos seus sintomas de 1ª ordem, aqueles sintomas que se assumem como orientadores do diagnóstico. É claro que muitas referências que o sujeito, normal ou psicótico, liga a si (auto-referência) e que por sua vez são arrancadas de percepções normais, não são percepções delirantes, pois são compreensíveis no sentido de Jaspers, isto é, encontramos um nexo de causalidade perfeitamente verosímil, ligado quase sempre a factores de natureza emocional ou cultural. O exemplo que extraímos do caso Alfredo é ilustrativo a este propósito.

Certo dia, (Alfredo) seguia com interesse, próprio dos seus vinte e poucos anos, uma rapariga que vivia próximo da casa dos pais. A moça ter-lhe-á dado algumas esperanças, prometendo-lhe novos encontros. Todavia, de regresso a casa, conta que se lhe atravessou um gato preto no caminho. No espírito do paciente instalou-se, de imediato, a ideia de mais um insucesso afectivo. “E assim aconteceu”, diz-nos amargurado.

Trata-se, portanto, dum dado semiológico com interesse psicopatológico reduzido.

Muitas vezes os erros de identificação de pessoas deverão igualmente ser incluídos no campo das percepções delirantes e assim adquirir o valor diagnóstico máximo. Porém, é necessário todo o cuidado na análise do desenho vivencial, pois, frequentemente tais erros podem estar ligados a transtorno de natureza tóxica,

²²⁴ Schneider, Kurt (1963): Patopsicologia Clínica, Op. cit., Pg. 155.

orgânica ou sintomática e até a simples distrações. De referir que esta característica (distração) é cada vez mais comum na civilização actual onde, hoje mais do que ontem, se cultiva o egocentrismo e por consequência a distração para as coisas do lado de fora da vida de cada um.

No exemplo que se segue, extraído do caso Carlos, podemos observar como o aparente erro de identificação tem uma enorme expressão psicopatológica e inscreve-se no grupo das percepções delirantes, como aliás, com mais pormenor se demonstra na discussão que acompanha a própria história.

Aqueles que ali estavam, aqueles que partilhavam a casa e a vida com ele não eram os seus pais reais. Eram actores duma peça cujo enredo estava ainda por terminar. (Evidentemente que Carlos se referia aos próprios pais).

A percepção delirante não deriva, como acima dissemos, do estado emocional, nem tão pouco do humor prevalente num determinado momento. Porém, tal facto não significa que quase sempre o eclodir do delírio, e, por consequência também, o desabrochar da percepção delirante (sem dúvida o elemento mais nuclear do delírio) não seja precedida dum especial cenário afectivo, carregado de insinuações, medos, angustias, expectativas, ou mesmo exaltações. Tal conteúdo afectivo que brota do processo básico, compõe no seu conjunto aquilo a que uns autores chamam "disposição delirante" (Jaspers), outros "humor delirante" (K. Schneider), e outros ainda "disforia" (Lopez Ibor) e "trema" (K. Conrad). Mergulhadas neste vago humor, em si imotivado, as percepções significam já alguma coisa de íntimo e de especial. Porém, por enquanto as percepções são ainda vagas e obscuras, emaranhadas numa rede de pressentimentos e de esboços de referências ao eu. A percepção ainda não encontrou o seu significado delirante. Isso só irá acontecer quando, batido por tempestades energéticas, o campo vivencial se abra como um ovo, que, depois de quebrado na esquina duma mesa, mostra finalmente o seu conteúdo: a clara, a gema, o embrião ou o espectro desagradável da deterioração (revelação). Embora a percepção delirante se ache sempre precedida, e, mais do que precedida, incluída, no humor delirante, não é, de todo, derivada dele. E nem sequer é necessário que coincidam na sua tonalidade afectiva. No extracto de história clínica que se segue, correspondente ao caso Carlos é bem evidente esta discordância.

Os afectos têm uma tonalidade gélida ... A mãe surpreendeu-o a escrever num espelho, com sangue, com o seu próprio sangue, recolhido do pénis que ele mesmo golpeou, a letra M. Perante os gritos da mãe o paciente afasta-se do espelho, volta-se para ela e rasga-lhe um sorriso aberto carregado de ironia.

Muitas vezes o trema (humor delirante) é de exaltação e as percepções delirantes são de abatimento. Estamos perante mais um indecifrável degrau da enigmática incompreensibilidade que caracteriza a percepção delirante. Porém, frequentemente uma observação atenta demonstra-nos a existência dum nexo relacional entre o colorido do humor e o significado despropositado e também auto-referencial que se dá à percepção. Só uma análise fenomenológica atenta nos permite distinguir muitas destas reacções catatímicas – paranoídes, (o estado emocional está motivado por algo que aconteceu ou que se espera venha a acontecer) do delírio primário (percepção delirante).

K. Schneider conceptualiza a ocorrência delirante como um "figurar-se puramente ideativo"²²⁵ e não uma "vivência de significado anormal, gratuita, referida a uma percepção". A análise exaustiva a que procedeu nesta área tem sido fonte de algumas incompreensões e até de injustiças; o problema é, não só académico, como querem alguns, mas encerra em si a questão crucial da psiquiatria, cuja essência se pode reflectir nesta pergunta? Reacção ou processo? É claro que como acima explanámos muitos quadros processuais estão saturados de reacções de colorido paranoide; isto é, o acontecer processual corre paralelamente ao acontecer vivencial reactivo, tornando-se inevitável a mistura das vivências. Umas, serão então ocorrências vivenciais normais. Outras, serão ocorrências delirantes. E outras ainda, serão percepções delirantes. Só a agudeza do observador e o estudo fenomenológico apurado darão uma resposta tanto quanto possível próxima da verdade. E, tendo em conta os avanços terapêuticos dos últimos anos, a verdade diagnóstica, assume, nesta matéria, uma importância raramente repetível na psiquiatria.

Assim, o prestigiado autor alemão oferece-nos um magnífico desenho

²²⁵ Schneider, Kurt (1963): Patopsicologia Clínica, Op. cit., Pg. 162.

estrutural, uma espécie de esquema geométrico, do que vem a ser a percepção delirante na sua forma típica. É bimebrada. O primeiro membro vai desde o que percebe, ao objecto percebido. O segundo membro vai desde o objecto percebido ao significado anormal. Vejamos um exemplo extraído da história clínica do caso António.

Um dia parou diante de uma livraria. Na montra estava exposto um livro com o seguinte título: "Gestor num minuto". Aquilo tinha sido posto ali sem dúvida para ele. Entrou e comprou o livro. Folheou-o com curiosidade e confirmou o que previra. Não precisava de mais nada para tomar conta da fábrica.

O primeiro membro liga então o António (aquele que percebe) ao livro exposto na montra (objecto percebido); o segundo membro vai do objecto percebido ao significado anormal (no caso presente a mensagem estranha que o livro encerrava).

Um outro caso referia-se a uma senhora que tinha parado diante de uma montra onde se expunham peças de vestuário, entre as quais um vestido vermelho.

A paciente captou o objecto e apreendeu o seu significado real de maneira absolutamente correcta. Tratava-se duma peça de vestuário de cor vermelha. O primeiro membro está cumprido, o objecto foi percebido em todas as suas valências sensoriais. Depois, a doente arrancou da percepção (até aqui normal), um significado estranho, um sinal sinistro que envolvia de forma tão categórica como incompreensível o eu. Aquilo que ali estava (o vestido vermelho) era um sinal da sua infecção pelo vírus da sida. Está, assim, cumprido o segundo membro.

É claro que, como diz Schneider, na vida psicológica normal acontece a miúdo que os objectos encerram frequentemente alusões (significados) que não condizem de todo com os dados sensoriais recolhidos a partir dos referidos objectos. Por exemplo no jogo do "bem me quer – mal me quer" um casal de namorados vê no desfolhar das pétalas o veredicto final a respeito do amor que os liga. Fazem derivar esse veredicto da coincidência entre a última pétala desfolhada e o palavra bem ou mal. Aparentemente também aqui haveria uma estrutura vivencial bimebrada. Do jovem que percebe até ao malmequer percebido e, do percebido até ao significado estranho e relacionado aqui também com o eu. Porém, segundo o psicopatologista germânico, esta segunda parte da percepção pertence ainda ao primeiro membro; a interpretação arrancada da percepção em causa é perfeitamente compreensível à luz da tradição e da crença generalizada que as sociedades conservam nestes mitos. O

segundo membro (no fundo aquele que caracteriza a percepção delirante) começaria então a partir de todas as interpretações compreensíveis de forma em absoluto imotivada.

A ocorrência delirante relaciona-se com vivências mnésicas. Estados de consciência rememorados ligados ou não a percepções experimentadas no passado.

O conceito de ocorrência delirante, para além de ter muito menor valor diagnóstico, não é tão susceptível de ser definida fenomenologicamente uma vez que estão muito próximas de ocorrências acontecidas em pessoas normais, em personalidades obsessivas e em personalidades mitomaníacas ou com tendência a debitar ideias sobrevalorizadas. K. Schneider chama a atenção para o cuidado que o observador deve ter com a verosimilhança duma ocorrência e, no entanto, ela ser delirante e pelo contrário algumas ocorrências que parecem de todo inverosímeis sendo contudo absolutamente reais e por conseguinte normais.

Segue-se um exemplo duma ocorrência delirante extraído da história clínica do caso Teresa.

Recorda-se que, quando era garota, na testa de sua cama de ferro, havia um ornamento floral, que a doente hoje pensa que não era de todo inocente. Aquelas flores de ferro encerravam um si uma mensagem, agora revelada de forma clara; anunciavam uma morte trágica, imposta e não natural.

A análise estrutural revela-nos que quando se agrega a uma recordação (representação), um significado estranho, especial e incompreensível estamos também perante uma vivência bimembrada. O primeiro membro vai da representação ao significado real e o segundo membro do significado real (percepção rememorada) até ao significado delirante. Em todo o caso torna-se por vezes difícil valorizar o carácter especial que se cola aos significados das ocorrências. Tanto mais que esse carácter especial nos aparece também na vida psicológica normal (certos pressentimentos que se agregam a algumas recordações especialmente em estados de exaustão como acontece em noites de insónia) e ainda na vida psicopática e na vida psicótica não esquizofrénica. É exactamente por isso que a sua presença, num quadro clínico que mais não tem do que vagas ocorrências delirantes, não garante qualquer diagnóstico de psicose e muito menos de esquizofrenia. Em todo o caso, a tenacidade com que o fenómeno (o tal

significado estranho) se impõe ao eu, o aspecto de revelação que ele possua, o carácter de algo sinistro ou bizarro, são elementos de suspeição a ter em devida conta em relação à possibilidade de estarmos diante duma psicose esquizofrénica. De facto, tal como acima referimos, o clínico defronta-se por vezes com situações psicopatológicas carregadas de forte valor semiológico e que nascem, quase em exclusivo, de dados mnésicos que são vivenciados agora de forma aparentemente delirante. A presença daqueles elementos garante, pelo menos, a suspeição. Estes fenómenos enquadram aquilo a que alguns autores chamam representação delirante.

As recordações são vivenciadas revestidas de surpreendentes (para o observador) roupagens simbólicas. A nova interpretação surge de forma brusca e imotivada. Um dos nossos doentes, internado numa enfermaria do hospital, procurou-nos angustiado pela manhã, dizendo-nos que bruscamente teve a convicção de que o grilo que cantara na última noite no parque da enfermaria, adquirira agora um significado decisivo para a sua vida. Tinha de abandonar o hospital imediatamente.

4.4.3.4 Convicção delirante

Em certas ocasiões o sujeito sente-se inundado até ao topo da sua intimidade por uma espécie de força sobrenatural ou por certezas absolutas que só ele pode conhecer. Sente-se possuidor de saberes singulares que lhe chegam transportados por forças estranhas ao eu. É aquilo a que se chama convicção delirante.

O paciente adquire subitamente a convicção de que certos factos ocorreram, embora tal ocorrência seja de todo absurda e inverosímil aos olhos do observador. Uma rapariga psicótica que havia adoecido em França, internada no Hospital do Conde de Ferreira em 1984, aparece-nos um dia profundamente angustiado, para nos dizer que todos os elementos da sua família, que permanecia emigrada em Paris, haviam falecido nessa noite.

4.4.3.5 Análise estrutural e fenomenológica do delírio

A fenomenologia ocupa-se do estudo dos fenómenos psíquicos que se

oferecem à observação imediata. Constitui o seu objecto de análise o fenómeno, ou melhor os fenómenos, livres de conteúdo, que se apresentam nos diversos sucessos psíquicos; a forma destes se desenvolverem orienta-nos tanto quanto possível para a busca do transtorno básico donde emanam. Portanto, a observação fenomenológica segue, em princípio, os seguintes critérios: 1º - estudo do fenómeno (análise do vivenciar); 2º - pesquisa da causa da qual o fenómeno emerge. Para Gruhle a causa reside na “vivência de significado” que acaba por se constituir na essência do delírio primário. Por detrás da vivência patológica estaria sempre o processo cerebral ou psicótico. Isto é, a vivência delirante não surge da alteração perceptiva, que se manteria intacta, mas sim é a própria vivência delirante (que emerge do tal processo-doença) que vai alterar o modo de perceber e interpretar o mundo externo, alterando o significado das percepções – exemplo duma das nossas histórias clínicas:

A matrícula do automóvel tinha a letra M; isso significava a morte da sua vida amorosa.

Jaspers valoriza como fonte do delírio, ainda que não constitua o seu motivo, aquilo a que chama a “disposição delirante” que vem a ser um estranho pressentimento de que alguma coisa enigmática cerca o eu, uma espécie de perigo que alastra pelo ambiente que envolve o sujeito, originando um especial estado de angústia, perplexidade, inquietação e incerteza. Tal concepção está na base do que viria a constituir o trema descrito por K. Conrad. Este (o trema), mais não é do que um estado psicopatológico de forte colorido afectivo e tensional (tristeza, angústia e mais raramente exaltação), que precede sempre a eclosão do delírio (revelação), dando início, segundo aquele autor, ao período apofântico. Kurt Schneider acha que o especial conteúdo da ideia delirante nunca pode desprender-se do nebuloso conteúdo da “disposição delirante” embora esta lhe sirva de cenário (nem sempre coerente no plano afectivo, acrescente-se). O conteúdo do delírio apareceria então como um símbolo (vivência nova e original) que de alguma forma seguraria o eu, abalado pela insegurança que o processo (doença) produziria.

4.4.3.6 Análise topológica do campo vivencial delirante

Häfner, aplicando os fundamentos da psicologia da *Gestalt* à vivência normal da percepção, constatou que a situação emocional tem uma enorme influência sobre

o processar perceptivo, sobretudo ao nível da amplitude do percebido, da sua estrutura e até ao nível dos seus conteúdos. Explicou, através deste conceito, o aparecimento de erros perceptivos, ilusões, distorções nos significados do percebido, em pessoas normais embora mergulhadas em determinados estados emocionais. Sabemos, que, se há estado emocional alterado a preceder a percepção, este é precisamente o caso do estado pré-psicótico ou até já psicótico a que se vem chamando, de acordo com os diversos autores, “disposição delirante”, “humor delirante”, “trema” ou “disforia”. Porém, dissemos atrás que autores como Gruhle ou K. Schneider não admitiam, embora por razões diversas, que tal estado emocional determinasse o significado anormal que justifica a presença duma percepção delirante. Por outro lado, autores como Matussek e C. Conrad acham que o estado emocional que tinge o terreno onde se produz o delírio (no caso presente apenas nos referimos à percepção delirante), assume um enorme papel e constitui um dos factores mais importantes, mas, naturalmente, não o único, no processar perceptivo delirante. Segundo Matussek, no delírio não só se produz um relaxamento nas fases que compõem todo o processo perceptivo, mas, o que é mais importante, e, ao contrário da psicologia normal, dá-se um destacar de propriedades essenciais dos objectos (assunto desenvolvido no capítulo *essência – existência*), assumindo estas (as essências) o papel de novo objecto. Vamos tentar explicar com um pequeno exercício da vida quotidiana o que entendemos por este mecanismo. Quando estamos cansados e esfregamos energicamente os olhos, o copo de vinho do Porto que temos diante de nós, distorce-se, fazendo distorcer a forma do conteúdo. O líquido pode transformar-se numa bola vermelha e, se franzirmos os olhos com vigor sem os fechar de todo, aumentando ainda mais as dificuldades de acomodação visual, a bola estreita-se, ondula-se e, enfim, até pode transformar-se numa figura estilizada ou num disco voador rodando a caminho do céu. Quer dizer os diversos componentes que formam o conjunto, em circunstâncias muito especiais, como que se refractam, projectando-se noutros fundos decompostos nos diversos elementos que os constituem, (alguns dos quais já pouco ou nada guardam da sua origem) destacando-se como figuras isoladas que agem por si próprias, reflectindo, de alguma maneira, as metamorfoses que o campo vai sofrendo. Mas, continuando a explorar a psicologia da *Gestalt*, constataremos que as propriedades essenciais não

se esgotam nos elementos que compõem o objecto com o qual o sujeito se defronta no processo perceptivo. No nosso exemplo são propriedades essenciais o vinho (com todas as suas características particulares, que o distinguem por exemplo da água), o copo (algo que lembra por exemplo vidro, transparência). Mas, são igualmente propriedades essenciais, o facto de ser Porto, ter a cor rubi, e, saltando agora do campo sensorial, o ambiente afectivo que envolve geralmente o "beber Porto", o brindar, o esquecer ou também o lembrar certos sucessos da vida, enfim uma panóplia de propriedades que trazem à consciência possibilidades imensas de construção de cenários, de representações e de devaneio. Não estamos, nesta matéria, muito longe da associação livre freudiana, na qual também os elementos se ligam uns aos outros de forma subtil e de compreensibilidade frequentemente escondida. E se o campo vivencial se alterar, como aconteceu no nosso exemplo, embora neste, apenas de forma rudimentar na sua vertente sensorial, então as possibilidades de alteração da figura multiplicam-se, alterando-se também radicalmente a sua relação com o fundo, se bem que, no caso presente, repitamo-lo, de forma ultra fugaz. Apreciemos agora o que se passa em situação delirante e peguemos num dos exemplos desta obra, para ilustrar o nosso pensamento.

O paciente jantava sentado à mesa com a sua família. Subitamente arregala os olhos cravados no copo com vinho que estava em cima da mesa. Levanta-se, pronuncia algumas obscenidades, volta-se para as filhas e a mulher e dispara-lhes as frases seguintes: "vocês são umas cabras; vocês querem-me matar". Mais tarde quando confrontámos o paciente com este incidente ele revelou-nos que tinha arrancado semelhante conclusão (à qual ainda permanecia ferreamente amarrado) do copo com vinho que estava em cima da mesa. Aquele copo, com um pouco de vinho, encerrava um sinal que se iluminou vivamente na sua consciência e que ditava a intenção da família em eliminá-lo fisicamente.

De facto, outras propriedades, para além das já citadas, e, com importância essencial na produção perceptiva, estão ligadas ao objecto, no caso presente – copo e vinho. Desde logo o valor mítico do vinho. Para os cristãos o vinho representa simbolicamente o Sangue de Cristo. Nalgumas aldeias portuguesas é vulgar recolher o sangue de animais sacrificados para uso doméstico em recipientes pequenos, copos ou tigelas, sangue esse que irá servir depois para a confecção de alguns pratos regionais (sarrabulhos, cabidelas). Enfim vários elos, diremos compreensíveis

(apenas no plano temático), podem ser alinhados na desmontagem desta percepção delirante. Do vinho desprendia-se um sinal de morte, que, de alguma forma, se liga também a uma das suas propriedades essenciais - sangue (pelo menos para a cultura Judaico - Cristã). Existe, portanto, uma espécie de halo de *propriedades essenciais* que impregnam, tal qual a cor ou a textura, o objecto e que, no delírio, se podem libertar. Muitas vezes somos capazes de perceber (compreender no sentido de Jaspers) o conteúdo da percepção delirante, partindo da análise do objecto (com todas as suas *propriedades essenciais*) que lhe serve de base e integrar tudo isto no contexto geral do delírio. Evidentemente que, neste sentido, permanece mergulhado no mais escuro e profundo oceano da incompreensibilidade, o facto em si do delirar.

Segundo C. Conrad poderemos distinguir na percepção delirante três graus com valor psicopatológico crescente. Isto é, nem todas as percepções delirantes atingem o mesmo grau de desestruturação formal. Passam por assim dizer por uma espécie de caminho de complexidade crescente, correspondendo a última etapa da perturbação perceptivo-delirante ao máximo de alteração da estrutura global da percepção – a imposição quase exclusiva de certas propriedades essenciais. “1. O objecto percebido indica ao enfermo que se refere a ele, mas o enfermo não pode dizer em que sentido (apofania pura). 2. O objecto percebido indica-lhe que se refere a ele e ele também sabe imediatamente porquê (vivência do *postó* no sentido de K. Schneider). 3. O objecto percebido significa algo completamente determinado (destaque de propriedades essenciais)”²²⁶.

Não é obrigatório que o paciente passe por todos estes estádios. Por vezes a personalidade arranja forma de suster ou equilibrar (parcial ou totalmente) as forças tensionais que agem como que perdidas no campo, ou em todo o caso orientadas por ou para desígnios incompreensíveis. Mas, quando sobem os degraus acima explanados, fazem-no com uma certa ordem, ou melhor dizendo, utilizando um certo esquema. Num primeiro momento, algo se impõe à consideração reflexiva do paciente. Esse algo pode ser extraído do campo visual do paciente. De certa forma abalada a relação com o mundo, abalo esse projectado no humor delirante, inicia-se

²²⁶ Conrad, K (1963): La Esquizofrenia Incipiente, Op. cit., Pg. 81.

o relaxamento do conjunto da percepção, por enquanto de forma muito insignificante. Nos nossos casos clínicos, a cruz inclinada dependurada na parede, o copo com vinho, a camisola amarela, são exemplos típicos. Todos estes factos foram vivenciados num primeiro tempo como algo que “tinha a ver com eles”, por consequência foram vividos de forma apofântica pura. Depois, num segundo tempo, a atenção cai mais sobre o objecto, acentua-se o relaxamento, e, aparece já o sobressair de algumas propriedades essenciais. A atenção é atraída pelo carácter de estranheza que as referidas propriedades encerram. Num terceiro tempo, o relaxamento do conjunto perceptivo atinge o seu ponto mais alto, abrindo portas à total libertação das qualidades essenciais que, a partir de certo momento, agem isoladas por conta própria, como se só elas existissem no campo vivencial. Todos os objectos que povoam o campo se dissolvem, decompondo-se nas diversas propriedades essenciais, afundam-se no anonimato interno por maior importância que tivessem tido no tempo da vida psicológica normal. É o caos que se começa a instalar no espaço vivencial. O vivenciar apofântico atinge a sua expressão mais elevada, rompendo-se então definitivamente a continuidade de sentido.

Depois, bom depois, quando a apofania se acentua mais, todo o campo da percepção se desestrutura de vez, sobressaindo então dele um firmamento de qualidades puras, desprendidas umas das outras, formando uma espécie de mescla caótica, próxima da vivência onírica, a que Conrad chamou apocalipse.

Na fase apofântica quase nunca falta o falso reconhecimento de pessoas. Porquê? Todos os objectos têm, em princípio, traços fisionómicos distintivos. Porém é em relação ao rosto humano que o homem mais apura a sua capacidade discriminatória. Recordo-me duma experiência pessoal, quando um dia desembarquei pela primeira vez num país africano; as pessoas pareciam-me todas iguais. Tinha alguma dificuldade em distinguir, com um mínimo de aproximação, a idade aparente das pessoas adultas na faixa sensivelmente compreendida entre os 25 e os 60 anos. Depois, com o treino, fui apurando naturalmente a sensibilidade discriminatória e todos os rostos foram ganhando as suas características típicas, isto é, as suas *propriedades essenciais*. O mesmo aconteceu aos japoneses quando pela primeira vez viram europeus. Os homens (portugueses que em meados do Séc. XVI

haviam desembarcado no território nipónico), foram representados em desenhos da época, todos iguais, tendo como elemento mais característico (e que de certa forma os distingua das outras raças) o tamanho avantajado do nariz. O recorte avançado do nariz funcionava então para os orientais como uma das muitas *propriedades essenciais* dos europeus. Ora, em situação psicopatológica, com a redução repentina da clareza perceptual, por força do relaxamento do acontecer perceptivo e do desequilíbrio tensional no campo vivencial, assumem preponderância as tais *propriedades essenciais* que acabam por contrair em si todo o objecto de percepção. De facto, características essenciais há-as parecidas em muitas pessoas (o caso do nariz dos portugueses para os nipónicos) e então, poderemos a esta luz, compreender alguns dos falsos reconhecimentos de pessoas. O contrário, isto é, o não reconhecer pessoas pertencentes ao convívio de todos os dias encontra também nesta hipótese um laivo de compreensão. Como diz K. Conrad²²⁷ em relação aos traços fisionómicos parecidos (e que podem constituir *propriedades essenciais*) “o impor-se um *parecido* não é outra coisa que o domínio das propriedades fisionómicas sobre as qualidades estruturais”.

Esta grande capacidade que o homem tem de desenvolver a capacidade de discriminação perceptiva em relação ao rosto humano e que, no fundo, mais não é do que um desenvolvimento maciço de significados relacionados com o mapa de pormenores que compõem o rosto, pode estender-se também aos objectos, embora, de forma mais rudimentar. Daí compreendermos (apenas no conteúdo, que não na forma – repitamo-lo mais uma vez) alguns falsos reconhecimentos em relação a espaços e tempos de acontecimentos. O sujeito sabe muito bem onde tal facto ocorreu e até em que circunstâncias ocorreu, só que sabe *duma outra maneira e muito melhor*.

O paciente vive então mergulhado num mundo estranho, onde tudo está organizado em função dele. O arquitecto da organização refugia-se geralmente no campo do impessoal e o paciente refere-se a ele muitas vezes também de forma impessoal. Olhemos este exemplo extraído duma das nossas histórias:

²²⁷ Conrad, K (1963): Op. cit., Pg. 91.

Ordenam-me que eu procure a minha verdadeira mãe... Avisam-me que eu não devo comer nada em casa dos meus pais.

Pergunta o terapeuta: - Quem te avisa? Responde o doente: - Avisam-me... eles... (Eles, simplesmente eles! Concluimos nós...).

O simples agir também tem *propriedades essenciais*, das quais destacamos as duas seguintes: realização e direcção da acção. Na percepção delirante a direcção vai desde o eu aos objectos do mundo. Mas, quase sempre aparece no evoluir do processo psicótico, a direcção inversa, isto é do mundo e seus objectos até ao eu. O eu passa a ser uma referência do mundo, é o seu centro, equipado com poderes especiais que o levam a poder agir (realização) sobre tudo, é esta a vivência da onnipotência descrita pelos autores clássicos.

Quando abordámos a questão do englobante na filosofia de Jaspers, afluíramos o problema da dupla cisão entre o homem (sujeito) e o objecto por um lado e entre os próprios objectos entre si pelo outro. As coisas só existem para mim, isto é só são objectos e assim objectiváveis na medida em que eu (sujeito) as aprecio (apreendo). E eu só as aprecio e apreendo quando oponho a essas coisas que me cercam e que constituem o meu mundo (aliás são-me imprescindíveis, eu só existo com elas) o eu. Isto é, as coisas só se tornam claras para mim quando eu estou aqui e as coisas ali, como algo que me defronta (cisão sujeito – objecto). Nesta altura, através da reflexão, eu estou em condições de pensar claramente o objecto, de torná-lo figura, isto é, "trago-o" até mim (embora mantendo-o oposto ao eu – não pode ser de outra maneira). Este mecanismo acompanha sempre o homem no seu atrito com o meio ambiente e processa-se de forma corrente e fluida. Há, por assim dizer uma espécie de movimento "ingénuo" de reflexão constante que pauta a relação homem – mundo (não esquecer que do mundo faz também parte o mundo interno). Ora, "o significado anormal" das coisas do mundo, característico da apofania, vivenciada na reflexão, trava o tal movimento ingénuo para diante, movimento esse característico da vida psicológica normal. O sujeito fica como que preso ao "anormal" e ao sentido "estranho" da vivência, incapaz portanto da "transcendência", aquele movimento que permite ao homem ver-se de cima, ver-se como um observador neutro a si mesmo, isto é, numa palavra, sair de si mesmo nem

que fosse por um instante. É imprescindível sair de si mesmo, quer dizer, transcender-se, para poder conviver e só se vive verdadeiramente convivendo. Klaus Conrad, para referir este "estar aprisionado no próprio eu", "esta incapacidade de voltar atrás", "base da vivência de que tudo gira em torno do eu", criou a expressão "*anástrofe*"²²⁸. Então, e, ainda de acordo com Conrad, *apofania* e *anástrofe* coexistem na esquizofrenia numa relação biunívoca. Sempre que uma é muito intensa a outra também é; sempre que o mundo se altera apofanticamente o eu transforma-se anastroficamente e vice-versa; e, parafraseando o mesmo autor: "enquanto que a apofania designa a alteração do mundo e dos seus objectos na sua relação com o sujeito, a anástrofe é a forma na qual o eu se manifesta a si mesmo, ocupando o ponto médio do mundo"²²⁹.

Durante o delírio e praticamente em todo o seu curso, o humor fundamental, reflecte não só o que resta da tumultuosa perturbação afectiva que caracterizou o período que antecedeu o delírio (durante o *trema*), mas também o que resta da vertente afectiva da personalidade, e ainda o colorido afectivo das vivências psicóticas e também a repercussão emocional que o enfermo arranca do meio ambiente. E, de facto, esta gomo da componente afectiva, oriundo do meio ambiente e integrado no campo vivencial, tem uma enorme importância, claramente maior do que na vida psicológica normal. Também aqui, na esfera afectiva, funcionam as *propriedades essenciais*, que, com a sua dinâmica típica agem por si próprias, assumindo frequentemente um papel catalisador do próprio acontecer delirante. Aliás, no plano afectivo, palpitam dentro de cada homem (normal ou anormal) um sem número de *propriedades essenciais* ligadas aos mais diversos espaços e tempos. A cidade X ou Y levanta-me ou afunda-me emocionalmente quando me lembro dela, ou aquele banco do jardim transporta-me ao passado, entrega-me a tempos já vividos e alegra-me ou deprime-me. Não é difícil aceitar que no acontecer psicótico estas *propriedades essenciais*, agregadas ao objecto temporal ou espacial, funcionem de forma ainda mais vincada embora imprevisível. Ilustremos com um exemplo extraído do caso Miguel.

²²⁸ Conrad, K (1963): Op. cit., Pg. 102.

²²⁹ Ibidem., Pg.102.

Um jardim duma faculdade onde o Miguel se arrastava penosamente no plano académico. A namorada a progredir no curso de direito, tal como os colegas que na altura se cruzavam com o jovem casal no jardim. A consciência do insucesso e o sentimento de inferioridade, contrastavam com a serenidade e até a alegria (espelhada no sorriso de saudação de quem o cumprimentava) dos companheiros que passavam. A paz que pressente existir nos outros fere-o a ele, carregado de desespero, de tensão interior e de angústia. Olha para a sua namorada e vê-a calma a tentar convencê-lo a tratar-se. Toda a sua atenção se focaliza neste fenómeno. De súbito, estes contrastes isolam-se de tudo o resto e assumem uma nova particularidade: ganham de facto uma nova expressão, tocada pelo estigma da inautenticidade, da farsa ou de algo ensaiado. Ou seja, a alegria dos outros contrasta com o seu desespero, a paz que se vive nas figuras que cruzam o jardim, incluindo o próprio espaço externo a si, onde tantas vezes havia sido feliz em tempos passados, opõe-se à sua tensão interior; numa palavra, a serenidade de fora desafia a expectativa angustiante que emerge da sua interioridade. Desta forma, os factos tocados pelo inautêntico, põem-se em relação com a consciência que vivencia tais fenómenos, isto é, os factos (agora vivenciados como inautênticos) estão relacionados com o sujeito. A partir daqui o paciente passa a ser o foco de referência para quem se simula. Estamos então diante daquilo a que Jaspers chamou "consciência de significação anormal" e Gruhle "estabelecimento duma relação sem motivo". Isto é, o ambiente do jardim e as cenas relatadas na história foram vivenciadas de forma apofântica. Claro que os fenómenos perceptivos têm, duma forma geral, todos os requisitos que caracterizam a percepção normal. No nosso caso, o jardim, as árvores, a namorada, os sorrisos, as palavras, formam conjuntos apreendidos com integridade. Ou seja, visto o fenómeno pelo lado exclusivo da percepção, tudo é autêntico e captado como tal e não como por exemplo seria captado um cenário, onde tudo é artificial e ilusório e também como tal apreendido pelo sujeito. Um cenário tem certas qualidades que mobilizam o juízo de realidade dando ao percebido um carácter de objecto justo (Jaspers). Mas, o que acontece é que há uma espécie de um saber indiscutível a respeito da inautenticidade sem que o sujeito precise de dispor de um único argumento que suporte aquele saber. Diariamente cada um de nós se confronta com inúmeras situações nas quais o que se apreende é, num primeiro momento, guardado no armário dos saberes, e, num segundo momento, rejeitado e atirado para fora pela janela dos enganos.

Até aqui ocupámo-nos quase em exclusivo das vivências relacionadas com o espaço exterior. A "luz apofântica", para utilizar uma expressão de Conrad, partindo do sujeito, incide sobre os objectos, iluminando-os na consciência com uma luz cuja magia os valoriza de forma especial. Vamos agora observar como a mesma incidência apofântica afecta também o espaço interno, sobretudo ao nível do pensamento (difusão e sonorização). Um outro modo de vivenciar apofântico no território do mundo interno acontece naquilo a que se chama vivência de inspiração.

Ocorrências vivenciais livres, com um leve colorido de inspiração, aparecem na vida psicológica normal em situações de fadiga física e psicológica e em estados hipnagógicos, particularmente durante o adormecer. Tal acontece por força do natural relaxamento que caracteriza o acontecer psicológico nestas situações psicofisiológicas. Porém, no acontecer psicótico tais estados podem, de súbito, agudizar-se, assumindo uma textura psicopatológica claramente apofântica, tomando o aspecto de “revelação”. Estamos nestas circunstâncias perante as características vivências de inspiração. Trata-se dum conteúdo muitas vezes recebido sem cooperação da vontade, sob a forma de ocorrência que, banhada pela a chama da apofania, assume o colorido de vivência de inspiração. O que até ao momento havia sido apenas qualquer coisa que havia caído na consciência, como aliás tanta coisa mil vezes ao dia cai, com mais ou menos coerência, assume agora o estatuto (vivido com intensa convicção) de algo inspirado ou imposto desde fora ou encaixado na mente por agentes estranhos ao eu. Por vezes este singular conteúdo vivencial assume mesmo uma expressão sensorial mais carregada, tingindo-se por exemplo com as tintas da sonorização; outras vezes o campo sensorial instala-se na esfera das sensibilibidades cenestésicas ou cinestésicas ou mesmo tácteis, podendo experimentar o paciente as mais diversas sensações corporais. A este respeito escreve Conrad: “o interno converteu-se de modo particular em transparente”²³⁰. E adiante continua: “fenomenologicamente a diferença entre a vivência da difusão do pensamento e da sonorização do pensamento é apenas de grau. Quando se chega a um certo escalão de diferenciação, o pensamento não sensorial volta a ter qualidades sensoriais”. Nós acrescentaríamos que esta diferenciação fenomenológica se pode estender, com toda a legitimidade, aos vários campos da actividade sensorial; é apenas uma questão de método - entender-se a área em causa banhada pela luz do foco apofântico.

Exemplo extraído da história clínica do caso Fernando.

De facto, acorda frequentemente com dores na região anal, que, sem dúvida, têm que ver com o assalto a que está sujeito enquanto dorme. “Aqueles canalhas servem-se de mim”, diz com desespero.

²³⁰ Conrad, K (1963): Op. cit., Pg. 119.

Os cigarros que fuma estão marcados com um sinal. Tudo está orientado à sua volta para participar no tal plano que lhe está reservado. Sente que tem um lugar especial no mundo. Numa das noites durante o internamento ouviu o elevador subir. O ruído que fazia era diferente do habitual. No princípio não percebeu muito bem o motivo da diferença do som que escutava. Mas depois não teve dúvidas que era um sinal a ele dirigido, um aviso. Levantou-se subitamente e logo percebeu. Tal como o elevador sobe nas alturas também a ele está reservado o direito de subir pelos seus próprios meios. Voar, voar no espaço; era esta a mensagem recebida. A janela continuava trancada com um ferro. Deitou-se vestido em cima da cama. Logo o candeeiro de tecto o irradiou com fluxos electromagnéticos. Ficou excitado. Sobre a cómoda estava um ramo de flores. Algumas eram vermelhas. Estavam ali sem dúvida com um determinado propósito. Estavam ali de facto para ele; as flores vermelhas transmitiam-lhe uma mensagem clara, indiscutível. Iria ser castrado. Era a hora de ser castrado. Afinal já não precisava de órgãos sexuais. O seu semen era imaterial e iria conjugar-se com o tal ser que lhe estava destinado. Levantou-se, pegou na jarra e projectou-a contra a parede. As vozes não o largavam. Começou a discutir com elas, respondendo-lhes com vigor.

Na difusão do pensamento o doente queixa-se de que os outros conhecem os seus pensamentos e de que, quer o conteúdo dos mesmos, quer até a forma de os produzir, já não lhe pertencem em exclusivo. Como atrás amplamente explanámos tais perturbações resultam de transtornos relacionados com a vivência do próprio eu, particularmente no campo da sua actividade. O mesmo aliás acontece com o roubo do pensamento, situação psicopatológica caracterizada pelo sentimento, por parte do doente, de desvio, roubo ou ocultação, operada por forças estranhas ao eu. No influenciamento do pensamento o paciente tem o sentimento de que os seus pensamentos são dirigidos, controlados, impostos ou mesmo truncados ou substituídos por pessoas ou outros agentes estranhos ao eu. Também neste sintoma se encontra, na sua base, um transtorno da vivência da actividade do eu. Ilustremos com um exemplo extraído da história clínica do caso Camilo.

Observámos pela primeira vez este doente em 1991, na sequência dum episódio ocorrido em plena local de trabalho e que passamos a descrever. Diante do computador, Camilo dialogava (*berrava* – expressão utilizada por um colega) furiosamente com o conteúdo (?) que passava no écran. As pessoas que assistiam à cena tentavam acalmá-lo sem sucesso. O paciente, profundamente agitado tornou-se rapidamente furioso e agressivo tendo sido necessário bloquear-lhe os movimentos.

Já mais calmo, durante o internamento que se seguiu a este episódio, contou-nos que o antigo colega de França, havia entrado (?) no computador e sabotado todo o seu trabalho. Aliás (confessava), esse colega não largava a sua cabeça; impunha-lhe coisas, mudava-lhe ideias,

misturava-lhe pensamentos como quem faz experiências de laboratório. E adianta: - “Eu acho que eles em França estão a fazer experiências comigo”.

De alguma forma a vivência de difusão do pensamento corresponde ao inverso da percepção delirante. Da mesma maneira que do objecto externo se destacam uma ou mais *propriedades essenciais* que determinam, em certas circunstâncias psicopatológicas, a tomada dum significado anormal por parte do eu, também a figura destacada do chão do pensamento, estabelece uma relação funcional com o mundo, isto é, o mundo interno abre-se de forma especial (mostrando-se, descobrindo-se – no sentido de tirar a manta que o protegia dos olhos e ouvidos dos outros – difundindo-se, em suma); o seu conteúdo derrama-se então para o lado de fora da intimidade, numa palavra para o mundo externo.

4.4.3.7 A destilação do delírio

Depois da explosão mais ou menos florida do delírio, assistimos, em regra, ao avivar dos traços fundamentais que o compõem (referimo-nos evidentemente aos delírios cuja evolução se mostra arrastada no tempo); trata-se dum complexo movimento orientado para o processo daquilo a que chamamos sistematização. Assim, o delírio, à medida que o tempo corre, vai-se depurando progressivamente, enquanto que a aderência do sujeito ao mesmo fica cada vez mais rija e fossilizada.

A partir de certa altura (meses ou anos de evolução) o sujeito fica como que reduzido ao seu delírio e a existência, essa estreita-se cada vez mais, apertada pelos muros intransponíveis do que resta do delírio.

4.4.3.8 A queda do edifício delirante. “Autópsia dos restos”

Como acontece em tudo na vida o delírio gasta-se, envelhece e simplifica-se; e envelhece, naturalmente, com a própria pessoa. Vai-se desvanecendo e apagando com a idade, sobretudo quando são indisfarçáveis os processos neurobiológicos involutivos. Com a queda senil ocorre o achatamento das diferenciações psicológicas, tornando-se o delírio cada vez mais pálido, perdendo-se, por fim, na escuridão do espaço psíquico. É certo que noutras ocasiões o delírio envelhece e desmorona-se independentemente da pessoa que o carrega. E no fim, no fim da derrocada delirante, o que resta? Nada ou quase nada. Parafraseando Gomes de

Araújo²³¹, o esquizofrénico, na última fase da evolução do processo psicótico, "não passa já de um ser cavitário, quase desprovido de conteúdos, uma espécie de mumificação oca do que fora anteriormente, na plenitude do delírio".

4.4.4 A questão da forma e conteúdo

As formas designam o modo de algo existir. Esse algo é o conteúdo, o tema, o miolo que preenche a forma. Todos os fenómenos têm uma forma de se exprimir; e também todos eles encerram um determinado conteúdo. As percepções, os juízos, as emoções, a consciência do eu, são formas de vivências. Porém, estas formas encerram na sua intimidade determinados temas ou conteúdos, sejam eles de natureza representativa, elaborativa, volitiva ou afectiva.

Para a fenomenologia são muito mais importantes as formas, isto é a modalidade do tema se manifestar do que o conteúdo, o enredo em si mesmo. Porém, do ponto de vista da pessoa que experimenta algo, é muito mais importante o algo que experimenta do que a forma de o experimentar. Tanto mais que, por exemplo no caso dos doentes, as experiências angustiantes, depressivas ou persecutórias, polarizam de todo a sua atenção, secundarizando quase por completo a forma ou a modalidade da experiência. Em todo o caso, para a psicologia compreensiva (psicanálise, análise da existência) o conteúdo, o tema vivenciado tem uma importância decisiva, não só no campo diagnóstico, mas também no campo psicoterapêutico.

Forma e conteúdo estão, sem dúvida intimamente ligados, sublinha Barahona Fernandes. "...mas na psicopatologia dá-se uma desintegração que justamente constitui a doença. As perturbações formais do alucinar, do delirar, do vivenciar angustioso, do expandir maniforme, do inibir e culpar depressivo, estão efectivamente muito mais próximos das alterações neurobiológicas encefálicas, do que os acontecimentos biográficos"²³²; daí uma subida atenção que o psicopatologista e

²³¹ Gomes de Araújo, H. (1980): A Esquizofrenia como Existência Dupla, Separata do "*Jornal do Médico*", CIII (1892): 627-632.

²³² Fernandes, Barahona (1998): Antropociências da Psiquiatria e da Saúde Mental, Op. cit., Pg. 210.

o clínico em geral têm de ter sempre presente em relação à etiopatogenia do acontecer psicótico. É que, muitas vezes, compreendemos ou pensamos compreender (Jaspers) o tema delirante, quer dizer julgamos encontrar um nexos compreensivo no encadeamento dos conteúdos e até na sua génese; julgamos portanto encontrar e, muitas vezes encontramos mesmo, uma certa continuidade de sentido; o tema do delírio, o assunto com o qual se delira, tem muito que ver com o preenchimento da vida de cada um, com a sua cultura, com os episódios mais frequentes que costumam pontuar a vida do sujeito delirante. Mas a forma como se delira, o facto de se delirar, isso é que é geralmente destituído de sentido e constitui, em regra, o cerne da doença em si mesma. Ver a este respeito a secção 4.4.1 - A continuidade de sentido.

4.5 Existência normal e esquizofrénica

4.5.1 O discurso esquizofrénico na rota da existência

No capítulo anterior tentámos fazer uma “análise arqueológica” e “epistemológica” dos saberes que constituíram os diversos discursos produzidos ao redor da loucura. Como metodologia de movimento rumo aos saberes, palmilhámos o eixo composto por: “prática discursiva – saber – ciência”.

Torna-se necessário seguir outra metodologia, agora orientada por outro eixo, cuja direcção aponta para a seguinte trajetória: consciência → conhecimento → ciência. Dos fundamentos desta opção daremos conta na abertura do trabalho empírico no início do próximo capítulo.

Falar de esquizofrenia implica sempre falar de delírio endógeno, uma outra forma de pensar e de viver, algo que perpetuamente acompanha o doente como se de uma sombra se tratasse, conferindo-lhe uma outra existência que caminha ao lado da primeira. Henri Ey chamou-lhe, com propriedade “diplopia da existência”.

O termo esquizofrenia sugere distanciamento (do sujeito em relação a outros sujeitos), separação (do sujeito em relação à materialidade da existência), alheamento (do sujeito em relação a si próprio). Neste sentido o termo pressupõe

uma dupla verdade: a verdade enquanto adequação à realidade e na qual o sujeito se identifica consigo próprio, na medida em que é reconhecido pelos outros como tal e se identifica também com o mundo dos outros; e a verdade enquanto verificação lógica ($A=A$ logo $A \neq B$) e aqui, o sujeito esquizofrénico, nega o princípio da não contradição, ao aceitar, passivamente ou não, a realidade dos outros e a sua própria realidade como passíveis de coexistência. Esta dupla realidade não permite ao sujeito apreender uma totalidade coerente, o que o encerra em meias verdades ou em meias mentiras que lhe abrem as portas para o mundo da efabulação, onde se misturam elementos reais e fictícios. O esquizofrénico parece capaz de sonhar e de experimentar a dor sem qualquer conhecimento apriorístico. E mais, cada uma destas vivências podem rodar num ou noutro caminho, ou ainda, o que é espantoso, nos dois caminhos ao mesmo tempo.

É realmente enigmática a facilidade com que o doente passa do seu indiscutível mundo, um mundo severamente único e privado, para o mundo dos outros, em que ele vive e que em cada momento lhe contradiz, de todas as maneiras, as suas indubitáveis convicções.

O tema da doença (esquizofrenia), isto é, o seu conteúdo aparece ligado à realidade e, nesta medida, mais ou menos adequado a ela. Mas a forma como se explicita a doença processa-se desadequadamente, porque a “forma”, essa, remete para referências espaço-temporais necessariamente subjectivas o que leva ao desencontro (fuga espaço-temporal) do sujeito em relação ao mundo.

O esquizofrénico parece suportar melhor a realidade porque a parte ao meio, a divide, a compartilha e atribui diferentes significados a diferentes aspectos da vida, acabando por se “obcecar” por um ou por outro. Há como que um “no sense” (con) sentido por ele e pelos outros sob o estigma da doença. Doença esta que acaba por se revelar um refúgio para a excentricidade do carácter.

Parece, pois, poder afirmar-se que o delírio (afecção nuclear do esquizofrénico), se conjuga com o princípio do prazer (falamos do prazer em sentido lato, isto é, busca de emoções boas ou más para além da normalidade), enquanto que o real se conjuga com o princípio da realidade e a esquizofrenia, geralmente não permite ao sujeito discernir a sua subjugação à vida real, (age por conta própria).

Se especularmos sobre o arquétipo da esquizofrenia recuamos até ao mito, situação na qual o princípio da identidade e o princípio da não contradição não são reconhecidos e compreendemos que a “doença” do esquizofrénico e a “saúde” do homem mítico se atribuem mutuamente, por razões de conformidade, a padrões culturais, a coordenadas espaciais e temporais e a uma perspectiva etnocrática de encarar os comportamentos.

Apesar de tudo, no plano empírico e pragmático, o delírio esquizofrénico tem-se mantido incólume e surdo em relação à diversidade dos discursos e dos saberes ao longo dos últimos cem anos.

Tendo em conta toda a fenomenologia do acontecer delirante esquizofrénico, concluímos que não se pode falar em delirar, sem englobar no conceito toda a personalidade; quer dizer não se pode falar desta ou daquela zona da personalidade, desta ou daquela função psicológica a delirar, mas sim num delirar global da personalidade. De facto, delirar corresponde a algo que se produz, a algo que se constrói; e, quem produz e quem constrói é a personalidade no seu todo. É neste sentido que se pode falar numa nova forma de existência, que flui ao lado da outra, ao lado daquela que se combate, mas da qual raramente se pode escapar de todo. Estamos perante uma segunda forma de existência, mais privada do que a outra, e, sobretudo, mais sábia (na convicção íntima do paciente), pois arranca dum saber absoluto que não carece de qualquer comprovação.

Uma outra área, na qual a esquizofrenia nos fala da existência, diz respeito à percepção do Tempo. Encontrámos nalguns dos nossos casos, particularmente nos delírios muito arrastados, formas de vivenciar o tempo deveras estranhas. Por exemplo o tempo parou (numa das nossas histórias), durante o período no qual o doente, no auge do seu delírio, vivenciou a morte como um facto acontecido, voltando depois a experimentá-lo (tempo) no seu fluir natural, quando a vida continuou, a partir da ressuscitação.

Na vida psicológica normal existe uma certa concordância, maior ou menor de acordo com as circunstâncias, entre o tempo pessoal ou íntimo e o tempo de todos ou cósmico. Os factores sociais e educacionais ajudam a promover essa concordância. Todos sabemos que, por exemplo, em situações depressivas o tempo

íntimo se arrasta; na depressão, particularmente na depressão endógena, por abatimento da vitalidade (diminuição da energia vital), o tempo como que não se desentranha no instante seguinte ou pelo menos, tem alguma dificuldade em fazê-lo, e, este facto, é vivido com grande sofrimento por parte do sujeito. Mas, nestes casos, assistimos apenas a um desfasamento da velocidade dos dois tempos descritos (se a expressão se ajusta ao que queremos dizer); porém na esquizofrenia, sobretudo nas situações apocalípticas, a desintegração total do campo vivencial, atinge também a percepção do tempo, desfazendo-se este, tal como qualquer percepção, em *propriedades essenciais*. Estamos perante mais um exemplo paradigmático dos sistemas de referência. A psicose esquizofrénica permite-nos desmontar a intimidade do sistema, tendo em conta, sobretudo na vivência *anastrófica*, a situação do eu como último ponto de todo o sistema de referência. Este facto demonstra que existe sempre um princípio de relatividade na vivência do tempo.

4.5.2 Qual a chegada da clínica para o esclarecimento desta questão?

A clínica, desde o tempo de Kraepelin e de Bleuler, tem oscilado em relação aos avanços nos campos etiológico e patogénico. Porém, foi a observação clínica, sobretudo com recurso aos métodos fenomenológico e analítico-configuracional, que trouxe o desenho da doença até ao estado actual (pelo menos agora, decompõe-se em parcelas, equaciona-se e perspectiva-se).

De concreto sabe-se que se trata duma *somatosis*, que assenta numa matriz passível de ser, pelo menos em parte, transmitida hereditariamente, que atinge o homem naquilo que ele tem de mais distintivo em relação às outras criaturas da natureza (a consciência do próprio eu), sobretudo na sua dimensão mais elevada – a vivência da liberdade, ancorada à actividade do eu, sede do livre arbítrio.

A leitura fenomenológica e a compreensão topológica do adoecer, ajudaram à formulação de metodologias psicoterapêuticas, sempre precárias no plano da eficácia, mas importantes como técnicas complementares de tratamento.

Um outro grande contributo da clínica para o futuro esclarecimento da intimidade da esquizofrenia, diz respeito à terapêutica psicofarmacológica. Pois, se

esta altera radicalmente o perfil sintomatológico, transformando significativamente não só o prognóstico, mas também a expressão clínica durante a evolução, então temos de admitir que, de facto, os fármacos actuam, se não em todos, pelo menos nalguns núcleos neurofisiológicos responsáveis pelo processar esquizofrénico. E pelo menos estes núcleos estão parcialmente identificados, sobretudo na suas vertentes bioquímicas²³³. Porém, quer a perturbação bioquímica, quer a perturbação humoral, quer o transtorno metabólico que estará por trás (sobretudo ao nível das aminas biogénicas), corresponderão apenas a anomalias genéticas, cuja modalidade exacta de transmissão se mantém ainda por definir²³⁴. Aliás, quando estamos perante anomalias de ordem genética estamos geralmente também diante de anomalias bioquímicas. Em resumo, e pese embora os espantosos avanços no campo da psicofarmacologia, a verdadeira intimidade da acção dos fármacos na bioquímica cerebral, permanece ainda, em muitos aspectos, algo nebulosa.

Em face do exposto impõe-se prosseguir a investigação, orientada sobretudo para as formas de início. Sabe-se que quanto mais cedo se proceder ao tratamento com os modernos fármacos, melhor será o prognóstico. E para se iniciar uma terapêutica ajustada é absolutamente necessário ter um diagnóstico em tempo oportuno. Por outro lado, mesmo já dentro do território da psicose esquizofrénica, torna-se importante projectar no futuro a marcha da doença, quer dizer, será bastante vantajoso, em termos terapêuticos, conhecer o tipo de percurso da psicose, particularmente do seu principal sintoma – o delírio. Onde parte, como parte, para onde vai, eis as perguntas fundamentais. É, no sentido de contribuímos para esclarecer estes enigmas que nos propomos expor de seguida o trabalho que realizámos.

É claro que num objecto (esquizofrenia), onde começa desde logo por faltar uma definição clara e universal, torna-se complexa a opção metodológica. No capítulo anterior lançámos um olhar diacrónico sobre o evoluir do conceito da

²³³ Gur, R. Saykin, A. e Gur, R. (1994): Brain function in schizoohrenia. Em: Andreasen, N. (Ed), Schizophrenia From Mind To Molecule, 5ª edição, Pg. 94-100.

²³⁴ Crowe, R. (1994): Molecular Genetic Research in Schizophrenia. Andreasen, N. (Ed), Schizophrenia From Mind To Molecule, 5ª edição, Pg. 245-257.

enfermidade na linha da história. Servimo-nos para essa análise do método “arqueológico” e do método “epistemológico”. Isto é, tentamos encontrar as “raízes” dos saberes sobre a esquizofrenia com vista à sua delimitação clínico-fenomenológica, tratando de analisar, criticamente, os diferentes ângulos de abordagem (com os respectivos modelos e teorias) desta patologia. Esta abordagem justifica-se, dada a dispersão conceptual que sempre caracterizou este objecto da psicopatologia. Aliás, foi esta constatação que nos impulsionou no caminho da procura da matriz sindrômica primária, preocupação presente na grande maioria das abordagens que analisámos e que tão persistentemente tem escapado às tentativas de delimitação.

Conscientes destas dificuldades, entendemos submeter as nossas análises qualitativas, de tipo clínico-fenomenológico, à prova estatística.

Deste modo, tentamos não só dar mais consistência àquelas análises, como também ensaiar uma outra metodologia, que sistematicamente falta, em todas as abordagens que utilizam o método fenomenológico: a análise quantitativa do qualitativo.

Parte Terceira

A busca dos caminhos psicóticos

5 Estudo empírico

5.1 O recurso às histórias de vida e às histórias clínicas

Embora na parte teórica isso já tivesse sido expresso, o que nos move, é o interesse em investigar, empiricamente, as questões relacionadas com a esquizofrenia, concretamente analisar a estrutura do delírio esquizofrénico.

Coloca-se então, como em toda a investigação científica, a definição do método. Em geral, optam os investigadores, ora por métodos quantitativos, ora por métodos qualitativos. Porém, e, tendo em conta a nossa opção epistemológica, a qual coincide com as perspectivas fenomenológicas, não podemos deixar de nos socorrer da análise da significação e do sentido, o que nos orienta para a análise qualitativa. Fá-lo-emos utilizando o método clínico-fenomenológico de modo a captarmos, nas trajectórias existenciais, o profundo sentido do adoecer.

A utilização desta metodologia qualitativa não esgota, como dissemos, o método geral desta tese. Com efeito, análises quantitativas, poderão esclarecer-nos, em termos estatísticos, sobre aspectos que a análise qualitativa não permite assegurar. Assim, o conjunto dos dados da amostra em estudo será objecto de uma análise qualitativa, submetida à prova estatística concretizada pelas análises factorial e correlacional.

5.2 Breve comentário sobre o trabalho empírico

Coloquemos a primeira questão. Como chegamos ao número de doentes que contém a amostra? Evidentemente que para atingirmos os 210 doentes da amostra partimos de um conjunto muito maior de casos. A amostra inicial era composta por cerca de 300 doentes, nos quais, o delírio esquizofrénico (aparentemente) estava presente.

Foi então necessário proceder, em todos os casos, a uma análise psicopatológica rigorosa, por forma a encontrar a fenomenologia mais tipicamente esquizofrénica. Dos nossos critérios de inclusão e de exclusão (que são os da

psicopatologia clássica), falaremos adiante ainda neste capítulo.

Algumas das nossas histórias clínicas contemplam casos nos quais a sintomatologia auto-referencial é, não só muito intensa na expressão clínica, mas também muito arrastada no tempo, porém, fora do território esquizofrénico. Um exemplo paradigmático desta situação clínica é a primeira história de vida exposta no capítulo respectivo (o caso Alfredo). Na discussão de toda a fenomenologia captada, ver-se-á que se trata dum delírio sensitivo de referência e não dum quadro esquizofrénico. Mantivemos este e outros casos apenas para melhor precisar os nossos critérios. Obviamente que eles não pertencem à amostra em estudo (210 doentes).

Como apontámos na introdução deste trabalho, a questão da esquizofrenia, continua envolta numa bruma conceptual importante. Não temos a pretensão de limpar a bruma (e ninguém terá, certamente), todavia os trabalhos científicos ao mesmo tempo abrangentes e incisivos a este respeito, não têm sido abundantes e, sobretudo, esclarecedores, daí a nossa opção por este estudo.

Até hoje, os trabalhos mais proveitosos e profícuos nesta área, foram, em nossa opinião, as investigações realizadas por Klaus Conrad e Fernandes da Fonseca, particularmente no que respeita às formas de adoecer (início do processo) esquizofrénico. O primeiro destes autores realizou o seu trabalho há cerca de 50 anos e o segundo efectuou a sua investigação há mais de trinta anos. Neste espaço de tempo, para além do problema básico a esclarecer (a intimidade da doença), confrontamo-nos com aspectos de todo novos, como sejam os quadros mitigados que sobram dos casos tratados com os modernos fármacos antipsicóticos, bem como todos os quadros psicóticos que se misturam com situações de dependência a diversas substâncias.

Como também referimos na introdução, os dois trabalhos que nos motivaram para esta investigação, conquanto concorrentes na metodologia e nos objectivos, chegaram a conclusões distintas. Conrad, provou no estudo que efectuou na sua amostra, que o delírio esquizofrénico, particularmente nas formas iniciais, tinha uma organização homogénea (gestáltica), enquanto que Fonseca concluiu, na sua investigação, que só em cerca de 50% dos casos o delírio tinha, de facto, uma

estrutura homogénea (gestáltica). Nos restantes 50% dos casos o delírio seguia outros caminhos psicopatológicos.

No sentido de tentar esclarecer tais diferenças optamos por encetar um estudo com uma amostra mais ampla e pelo menos tão heterogénea quanto a amostra do investigador português.

Fonseca, no seu trabalho, estudou numa perspectiva dinâmico-estrutural, dois tipos de variáveis: a “data de início dos primeiros sintomas” e as “características clínicas” desses mesmos sintomas.

Nós acrescentámos outros dois tipos de variáveis: a personalidade pré-mórbida e as formas de evolução ao fim de seis meses. Posteriormente, e na sequência dos resultados derivados das análises que íamos recolhendo, sentimo-nos impulsionados a procurar certo tipo de dados clínicos, minimamente suportados na experiência empírica, que nos diversos desenhos sindromáticos nos pudessem orientar na procura de ensaios (respostas) para a seguinte questão, que se nos afigura crucial: o que há de especificamente esquizofrénico?

Tal caminho justifica-se pelo adquirido na parte anterior desta tese. De facto, como analisaremos no caso Alfredo (1ª história de vida), é a estrutura da personalidade que muitas vezes nos ajuda a orientar no caminho do diagnóstico. Para além disso, alguns quadros psicóticos como que afloram à superfície do comportamento, escondendo-se de seguida para todo o sempre, deixando-nos sérias reservas em relação ao diagnóstico.

Não foram, contudo, estas as únicas razões que nos levaram a desenhar o estudo desta forma, mas também o facto de suspeitarmos (aliás alicerçados em autores clássicos) que haveria uma relação estreita entre a personalidade e o desenho sindromático²³⁵ e entre a idade do doente aquando do aparecimento dos primeiros sintomas e sua arquitectura fenomenológica e a evolução subsequente²³⁶.

²³⁵ Nota: Autores como E. Kraetchmer, e Scheldon (este com extremo rigor estatístico), revelaram a interdependência entre certas manifestações psicopatológicas e factores morfológicos e psíquicos característicos de algumas personalidades.

²³⁶ Nota: Foi Kraepelin, já na fase final, o primeiro a sublinhar a relação entre a idade do doente e as características sintomatológicas do quadro clínico. Tal observação foi, posteriormente, explorada por Bleuler, Berze e muitos outros autores.

5.3 O que vai ser analisado

Basicamente, nas 210 histórias clínicas, são analisadas as seguintes variáveis:

- 1 – Idade do doente aquando do aparecimento dos primeiros sintomas
- 2 – Características clínicas dos sintomas
- 3 – Personalidade pré-mórbida
- 4 – Evolução ao fim de seis meses
- 5 – Procura de um “algo” especificamente esquizofrénico

Acabamos, pois, por estudar cada caso segundo duas perspectivas. Uma perspectiva descritiva, transversal e uma perspectiva evolutiva, longitudinal. Portanto, cada doente tem pelo menos dois perfis retratados. Um perfil longitudinal, evolutivo (com recolha de dados em distintos momentos) e um perfil transversal (organização sintomatológica em cada momento observado).

Do cruzamento destas observações resulta aquilo a que se pode chamar uma linha de doença, que representa uma espécie de fenomenologia dinâmica, no sentido em que os fenómenos brotam do núcleo psicótico com certa sequência e com determinada arquitectura (construtiva ou destrutiva), isto é, com um desenvolvimento que implica movimento interior (psicótico embora, mas movimento).

Além do estudo desta linha de adoecer, a que chamámos fenomenologia dinâmica, a análise do cruzamento dos dados semiológicos captados em cada uma das avaliações, muito particularmente na primeira avaliação, oferece-nos a possibilidade de uma observação fenomenológica que nos permite contemplar a estrutura do próprio delírio. E mais, permite-nos avaliar a força dos diferentes sintomas nos distintos quadros sindrómicos, por forma a perseguir a trajectória que nos conduz, em última análise, à raiz do delírio. Por outras palavras, no delírio esquizofrénico parece haver um denominador comum; uma espécie de dado psicopatológico comum a todos os casos do nosso universo; é aquilo a que Grulhe chamou “o estabelecimento de relações sem motivo”, Jaspers “a consciência anormal de significado” e Conrad “apofania”. Este denominador comum constitui-se numa espécie de fundo estrutural, do qual emerge, por um ou mais caminhos

psicopatológicos (é o que vamos avaliar), o delírio esquizofrénico.

Nos vários delírios não esquizofrénicos que constam das nossas histórias, mantidas neste trabalho com o intuito de ilustrar o mais rigorosamente possível os critérios de exclusão, encontramos sempre um nexos compreensivo, quer no plano temático quer no plano formal, entre o acontecer delirante (deliroides no sentido de Jaspers) e as vicissitudes da história de vida de cada um.

Já nos delírios esquizofrénicos, o tema é, em muitos casos, compreensível, diremos mesmo, na maioria dos casos consegue-se, sem esforço, entender minimamente o conteúdo delirante, porém, a questão da forma, a começar pelo facto do próprio acontecer delirante, essa não é de todo compreensível.

Devemos sublinhar contudo que a apofania não é privativa da esquizofrenia. Vivências apofânticas podem também ocorrer em psicoses epiléticas, psicoses orgânicas e tóxicas (vide os exemplos de vivências de colorido apofântico nas nossas histórias clínicas intituladas respectivamente com os nomes dos grupos nosográficos atrás apontados). Todavia, a presença da apofania é quase, só por si (Conrad e K. Schneider), uma garantia do diagnóstico de esquizofrenia. E, quando aparece naquelas situações, tem um perfil fenomenológico tão específico que o diagnóstico não deixa grandes dúvidas. Por isso, na presente investigação, considerámos a apofania como um denominador comum da psicose esquizofrénica. E pudemos fazê-lo com propósito, dado que excluimos todas as formas cuja etiopatogenia fosse conhecida e não pertencesse, de facto, ao núcleo endo-constitucional.

Em função do que ficou dito, duas questões se colocam de imediato:

Qual é a contribuição da personalidade na orientação (se orientação houver) do caminho escolhido pelo delírio?

Qual a contribuição da personalidade na génese da desorganização (se desorganização houver) da estrutura da qual emerge o delírio esquizofrénico?

Recordemos que, num primeiro tempo, equacionámos quatro questões que nos propusemos investigar neste trabalho. Às duas perguntas que acabámos de formular daremos a resposta possível quando abordarmos o estudo das personalidades do

conjunto da amostra e as prováveis relações daquelas com o tipo e a trajectória da doença. Num segundo tempo, ousámos (timidamente) acrescentar uma quinta questão. Tendo em conta a apofania e a similitude psicopatológica que existe entre algumas formas de delírio de etiologia tóxica, orgânica ou epiléptica por um lado e de etiologia processual (esquizofrénica) pelo outro, pergunta-se:

O que há na vida de especificamente esquizofrénico? Isto é; haverá algo na existência que só ao acontecer esquizofrénico pertença? É claro que o simples facto de se equacionar a questão desta forma, postula de imediato que acreditamos que existe uma unidade etiológica e até patogénica naquilo a que se costuma chamar esquizofrenia. Desde Kraepelin que tal facto é admitido quase como um dogma. A maior parte dos autores clássicos²³⁷ consideram que existe uma *somatosis* da qual emergirá um caminho patogénico específico.

Em face do exposto, acrescentamos, pois, essa questão às quatro variáveis a estudar e já atrás equacionadas. O quadro de investigação ficará então composto da seguinte forma:

- 1 – Idade do doente aquando do aparecimento dos primeiros sintomas.
- 2 – Características clínicas dos sintomas (análise fenomenológica e estrutural).
- 3 – Personalidade pré-mórbida (possível interferência na forma e no conteúdo delirante).
- 4 – Evolução ao fim de certo tempo (seis meses em média).
- 5 - Procura de um “algo” especificamente esquizofrénico

²³⁷ Nota: Postulado defendido por várias escolas, destacando-se de entre elas a escola de Heidelberg; Kurt Schneider chega mesmo a afirmar o seguinte: “não há dúvida de que na base destas formas psicopatológicas (esquizofrenia e psicoses ciclotímicas) existem enfermidades”; a palavra enfermidade tem aqui o sentido médico habitual. Patopsicologia clínica (1963), 2ª edição, Pg. 18.

6 Questões de método

6.1 A constituição da amostra

Como em cima referimos partimos, para a constituição da nossa amostra, dum conjunto de 300 doentes aos quais havia sido atribuído o diagnóstico de psicose delirante. Dizemos psicose delirante, porque, em boa verdade, muitos destes doentes não sofriam de esquizofrenia, pelo menos no sentido observado pelos critérios psicopatológicos por nós assumidos e em baixo explicitados e que, no fundo, cumprem os critérios consagrados no *DSM .IV*.

Foram então excluídos 90 doentes, restando portanto 210 doentes (102 homens e 108 mulheres), com idades compreendidas entre os 14 e os 64 anos, Figura 27. Optámos por compor a nossa amostra da forma o mais heterogénea que nos foi possível, quer em idades, quer na expressão sindromática, distribuída pelos dois sexos, a fim de neutralizarmos aquilo que nos pareceu ser o ponto mais discutível do estudo de Conrad – a excessiva homogeneidade da sua amostra (todos homens, todos jovens, todos sujeitos a circunstâncias ambientais semelhantes, visto estarem todos a cumprir serviço militar em situação de guerra).

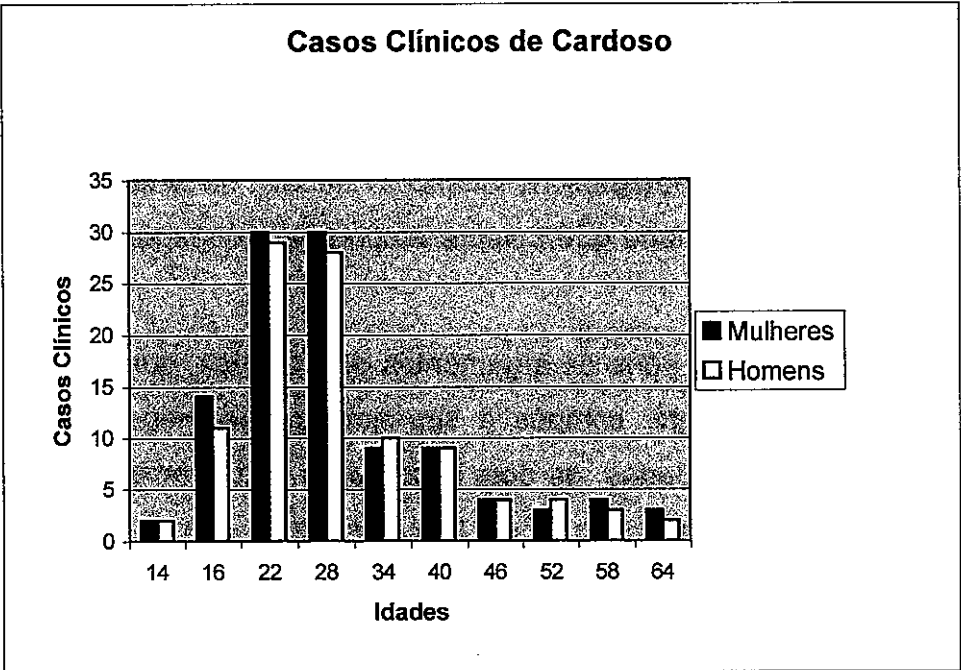


Figura 27 - Total de 210 doentes (102 homens e 108 mulheres).

É claro que os argumentos aduzidos por Conrad, a propósito da homogeneidade da sua amostra, são absolutamente defensáveis. Segundo ele próprio escreve, a análise vivencial da esquizofrenia, por força da multiplicidade da expressão delirante (sobretudo ao nível da temática) não permite que se estabeleça um mínimo de ordenação (pressuposto desejável em qualquer estudo científico). Binswanger, citado por Conrad para melhor suportar a sua argumentação, limitou-se apenas a um caso, reduzindo assim ao máximo as dificuldades de ordenação que sempre derivam da plasticidade e da multiplicidade do delírio. É claro que se trata de metodologias diferentes. Enquanto Conrad, no seu estudo, pretendeu encontrar uma matriz que se revelasse comum a toda a amostra, Binswanger reduziu a amostra a um só caso, tentando pela análise fenomenológica extrair ilações que pudessem ser projectadas universalmente. Contudo, numa e noutra metodologia ressalta a necessidade de uma certa homogeneidade da amostra, com vista a garantir um mínimo de ordenação, por forma a mais facilmente serem colhidas regras universais.

Porém, em nosso entender, o mesmo argumento serve também para destruir a aparente solidez metodológica. Naquilo que é homogéneo o (ou os) denominadores comuns emergem da essência do próprio ser homogéneo; todavia, podem não se aplicar a grupos diferentes, isto é heterogéneos (podendo até estes segundos grupos ser homogéneos entre si). Além disso, falta provar que, em situações tão distintas como são as diversas formas de esquizofrenia, estejamos diante da mesma entidade nosológica ou, pelo menos, diante de entidades que, embora oriundas da mesma *somatosis*, sigam caminhos patogénicos idênticos. Depois, há também a questão da ambiência e a questão da idade que sempre emprestam roupagens específicas ao fluir delirante.

Assim, tomamos como bons os argumentos de Fonseca, que, para analisar a estrutura do edifício delirante, compôs a sua amostra de maneira heterogénea, contemplando as diversas idades, os dois sexos e as várias ambiências. Todavia, não podemos perder de vista, como acima ficou expresso, que, o que se ganha em abrangência clínica e em representatividade da amostra face a um universo que se revela de limites sombrios e complexos, perde-se em ordenação metodológica e, sobretudo, em sistematização clínica em geral e psicopatológica em particular.

6.2 Critérios de inclusão e de exclusão

Como no princípio deste trabalho referimos, o longo julgamento clínico que as perturbações mentais têm sofrido ao longo da história das neurociências, justifica uma abordagem eclética e abrangente tão ampla quanto possível, de tipo multidisciplinar.

E, acrescentámos que, se isto se passa com quase todos os grupos nosográficos que se relacionam com o comportamento humano, passa-se muito mais ainda com aquilo a que chamamos esquizofrenia (ou esquizofrenias), da qual apenas suspeitamos uma causalidade somática (*somatosis*) e hipotéticas patogenias que se presumem emergir de transtornos biodinâmicos vários, como sejam, a redução do potencial energético (Conrad) a hipotonia da consciência (Berze) ou o vazio dinâmico (Janzarik).

Não admira portanto que o conceito de esquizofrenia tenha sofrido, ao longo do tempo, especificamente nos derradeiros cem anos, muitos acertos, os últimos dos quais indiscutivelmente rebocados pelos avanços terapêuticos, principalmente os de índole psicofarmacológica. Um dos sistemas actuais de classificação das perturbações mentais – DSM IV – que resultou de um esforço conjunto da comunidade científica e dos clínicos práticos, para conformizar critérios de diagnóstico, é um exemplo ilustrativo do que acabámos de dizer.

Como facilmente se infere da análise dos limites conceptuais da esquizofrenia que constam nesse manual da *American Psychiatric Association*, o diagnóstico faz-se mais pela negativa do que pela positiva, isto é, faz-se mais por aquilo que não é esquizofrenia do que por aquilo que é. Senão vejamos: enquanto os critérios A (sintomas característicos), B (disfunção social e ocupacional) e C (duração), funcionam pela presença, quer dizer quando existem e cumprem certa forma de manifestação, apontam para o diagnóstico, já os critérios D (exclusão de perturbação esquizo-afectiva ou do humor), E (exclusão de perturbações relacionadas com ingestão de substâncias ou perturbações físicas) e F (relação com a perturbação global do desenvolvimento), funcionam de forma negativa ou condicional, isto é, só estamos diante duma esquizofrenia se não se observarem certas condições. Nas últimas páginas do *Apêndice* deste trabalho consta um resumo dos critérios

explicitados no DSM IV.

E se a conceptualização é assim fluida no que respeita ao aspecto de presença ou ausência de certos pressupostos para o diagnóstico, ela é ainda muito mais imprecisa quando se avaliam aspectos de natureza subjectiva, como sejam os fenómenos psicopatológicos ligados à vida afectiva ou ao pensamento, quer seja no aspecto formal, quer seja no conteúdo.

Daí a necessidade imperiosa de uma abordagem de tipo estrutural e fenomenológica. Uma e outra estão de acordo com a metodologia exposta no início deste capítulo e respondem, pensamos, aos desígnios da nossa investigação. Embora já o tenhamos referido na parte teórica, sublinhamos aqui alguns aspectos, que nos parecem fundamentais neste tipo de abordagem (estrutural e fenomenológica).

Seja qual for a actividade psicológica em estudo, o objecto de análise é sempre o sujeito, enquanto autor e centro da sua vida relacional. A psicologia, enquanto ciência do homem (entendido este no seu todo), deverá preocupar-se (para este modelo, evidentemente), não só com a vertente psicobiológica e com o dinamismo inconsciente, mas, sobretudo, com toda a actividade psíquica, com as experiências íntimas, com as questões da existência e com a consciência; assim é possível apreender a vida psíquica no seu dinamismo, na sua estrutura e na sua intencionalidade. Há como que um esforço permanente em penetrar o sujeito, ao nível do pensamento, da consciência e da própria existência. Daqui resulta a noção de estrutura, na medida em que esta implica que um fenómeno psíquico não é separável do conjunto do pensamento nem do mundo que envolve o sujeito e no qual decorre a sua história. A psicologia da estrutura (Escola de Leipzig) resultante destas correntes (subjectivistas), associada às correntes da psicologia compreensiva de Brentano, semeou as bases e traçou os horizontes daquilo que viria a constituir a fenomenologia dos nossos dias, enquanto descrição dos fenómenos da vida psíquica a partir das experiências fundamentais das vivências²³⁸.

Por exemplo, em relação ao delírio, sintoma nuclear da esquizofrenia,

²³⁸ Ey, Henri. (1969): *Manuel de Psychiatrie*, Op. cit., Pg. 48.

sabemos que pode aparecer em inúmeras situações, não só no decurso de uma psicose (de etiologia e patogenia diversas) mas também em certas circunstâncias da vida psicológica normal; recordamos os delírios de referência ligados a quadros reactivos em pessoas normais, em personalidades com traços psicopáticos (especialmente paranoides ou sensitivos), em epiléticos, em doenças somáticas, em quadros psico-orgânicos, nalguns síndromes não esquizofrénicos como expressão da satisfação de desejos (delírio erótico dos maníacos) e, evidentemente, também em esquizofrénicos. E em muitas destas situações psicopatológicas as dificuldades de excluir uma esquizofrenia, tendo apenas por base os critérios do DSM IV acima identificados, é enorme. Para uma análise minimamente correcta do delírio esquizofrénico, e, sobretudo, para um entendimento do acontecer vivencial reactivo e também psicótico e até psicopático, torna-se necessário uma análise estrutural, não só do campo situativo, para tentar esclarecer a essência dos transtornos referidos, mas também uma incursão aos meandros da existência, por forma a compreender a ambiência de cada homem e as condições de vida que envolveram a queda psicótica. Daí, como repetidamente temos referido, a nossa opção pela fenomenologia antropológica.

Em termos fenomenológicos, aquilo que mais especificamente está relacionado com o acontecer esquizofrénico, é, sem dúvida, a vivência da “consciência de significação anormal” (Jaspers) ou como Grulhe escreveu “o estabelecimento duma relação sem motivo”. Conrad reservou para estes fenómenos o termo *apofania*. Parece-nos ser este o critério básico no estabelecimento dum diagnóstico de esquizofrenia. Como noutro local já referimos, existem formas delirantes de etiologia diversa, por exemplo epilética, orgânica ou tóxica, onde é possível recolher fenomenologia apofântica. Em todo o caso, são quadros clínicos relativamente raros (referimo-nos só àqueles com autênticos fenómenos apofânticos no sentido de Conrad) e sempre passíveis de diagnóstico preciso. Portanto, insistimos em considerar a apofania, nesta óptica, específica de esquizofrenia e portanto, constituindo o critério director da nossa investigação. Mas afinal a que corresponde a apofania na sua verdadeira intimidade? Corresponde àquilo a que Jaspers chama “o saber que se impõe de modo imediato à cerca do significado das

coisas". Este fenómeno mais não é do que a "revelação" (Conrad) daquilo que afinal estava iminente, mas que se mantinha ofuscado no seio duma teia carregada de suspeição. Em termos psicopatológicos estamos diante da clássica vivência delirante primária. É este o critério básico de inclusão dos nossos casos clínicos. Sem ele os diversos casos, embora ilustrados com delírios, não entram na amostra em estudo.

Dos critérios de exclusão e da explicação do arranjo da amostra, falam as diversas histórias clínicas. Tivemos o cuidado de manter os casos que habitualmente suscitam algumas dúvidas, exactamente para aproveitarmos a oportunidade de discutir com pormenor a fenomenologia que nos permita incluir ou excluir o caso em questão. Tentámos, dentro do possível, numa área de análise tão subjectiva quanto esta o é, fugir do espartilho apertado dos habituais critérios, geralmente encerrando de forma sintética frases lapidares, que, não raro, forçam os diagnósticos e orientam as histórias clínicas.

6.2.1 Análise fenomenológica de histórias de vida típicas que ilustram os critérios de inclusão e de exclusão

ALFREDO

Tinha 40 anos em Novembro de 1994, aquando da nossa primeira observação. Veio, nessa altura à consulta, na sequência de graves transtornos do comportamento ocorridos em pleno local de trabalho.

Trata-se dum escriturário do Ministério da Justiça, a trabalhar numa pequena comarca do norte de Portugal.

Desde há pelo menos meio ano que apresentava um comportamento estranho. Frequentemente levantava, ao redor da sua secretária, altas paredes com livros e processos que empilhava cuidadosamente, agachando-se depois por detrás da muralha de papel. No seu refúgio, solilocava, gesticulava desajeitadamente, fazia anotações inoportunas e descabidas nos processos e, frequentemente, mergulhava a face entre as mãos, mantendo-se longos minutos imobilizado.

Os colegas de trabalho, já habituados a estas insólitas atitudes, iam tolerando tais desvarios com paciência e alguma compreensão. Porém, a degradação

relacional do paciente nos últimos meses, levou uma magistrada do tribunal a interessar-se pelo caso, ajudando o seu subordinado a procurar ajuda num médico psiquiatra. Cabe aqui uma referência de apreço, pela atitude inteligente e humanizada, à juíza do tribunal, que, laboriosamente, foi vencendo a natural resistência do transtornado funcionário, em relação à possibilidade de ser observado por um especialista. O Alfredo opunha-se tenazmente a tal (várias tentativas forçadas haviam fracassado), pois achava o seu caso como um problema apenas e só de disciplina e de mau feitio dos seus colegas de trabalho.

Oriundo de uma família saudável, da classe média baixa; o pai era funcionário público e a mãe doméstica; tem mais uma irmã dois anos mais jovem. Não constam doenças mentais nos ascendentes directos e colaterais, excepto num tio avô que teria falecido “demente”, embora tal perturbação tivesse surgido tardiamente.

Tanto ele como a irmã frequentaram a escola secundária da vila, tendo ambos concluído o quinto ano do liceu (hoje nono) sem grande dificuldade. Empregou-se, ainda jovem, num tribunal como escriturário, lugar que ainda hoje mantém.

Sofreu em criança de febre tifóide e teve diversas complicações médicas e cirúrgicas, estas ao nível do aparelho genito-urinário, devido a uma malformação congénita do pénis – hipospádia. Adiante desenvolveremos esta questão.

O pai, figura com a qual ainda hoje o Alfredo tem uma relação algo ambígua, alicerçada numa ligação simultaneamente de medo e de dependência, de proximidade e de distância, foi, e é ainda hoje, um homem autoritário, expansivo, extrovertido, assumindo sem a menor intransigência a função de chefe de toda a família. Quando novo, era tido como um vencedor no campo feminino, gabando-se sem reservas dos seus sucessos.

A mãe sempre foi uma pessoa discreta, apagada, submissa, muito ligada aos filhos, particularmente ao Alfredo, que desde criança constitui a sua preocupação maior, devido à frágil saúde, quer física (várias intervenções cirúrgicas ao pénis, duas delas ainda em plena infância), quer psíquica.

O nosso paciente, desde sempre, teve na vida uma postura acanhada e tímida. Na escola, era uma criança muito envergonhada, medrosa e com dificuldade em

estabelecer relações espontâneas com os seus companheiros. A mãe tinha frequentemente de o acompanhar à escola, pois o pequeno Alfredo queixava-se dos colegas, que, lembra ainda hoje, troçavam dele. Era um aluno médio, ia vencendo com algum esforço os obstáculos académicos; não guarda qualquer recordação significativa ou qualquer episódio mais marcante, quer positivo quer negativo, até à adolescência.

Quando regressava a casa, vindo da escola, tinha o hábito de revelar à mãe todos os eventos do dia, focando principalmente os acontecimentos relacionados com aquilo que achava ser a maldade das outras crianças em relação a si. A mãe, absorvida pelas tarefas domésticas, nem sempre estava disposta a ouvir e muito menos a concordar com as queixas do filho, o que deixava o Alfredo reclamando, em choro convulsivo, a atenção da mãe. Algumas vezes o pai o surpreendeu a chorar copiosamente, abrigado na intimidade do seu quarto. Censurava-o severamente, verberando também o comportamento protector da mãe, que, aliás, sempre sofria todas as culpas (da parte do pai), fosse qual fosse a atitude que havia tomado face ao filho.

Nunca participava, de forma activa, das conversas com os seus companheiros de escola (talvez por timidez, confessa); achava que não lhe era conferido estatuto para tal e, quando o assunto versava temas sobre raparigas, o Alfredo saía o mais discretamente possível, pois achava que os colegas troçavam dele a esse respeito.

A adolescência atravessou-a carregando as mais vivas preocupações com o sexo; aos dez anos foi operado pela primeira vez ao pénis. Uma malformação peniana impedia um crescimento gonadal normal e provocava erecções dolorosas ao jovem adolescente. O pénis em erecção assumia a forma de ferradura, por força da colocação proximal do meato urinário e da espessa fimose que prendia o prepúcio e a glande à zona do meato, situado, como se disse, próximo da base do pénis. Aos doze anos foi reoperado ao pénis, pois a malformação (hipospádia), implica, como se sabe, várias cirurgias espaçadas no tempo.

A vida amorosa constituiu um rosário de frustrações e dissabores como o próprio doente deixa transparecer numa carta que nos escreveu, da qual respigamos as passagens mais ilustrativas.

“Namorei pela primeira vez uma rapariga tinha eu 22 anos. Tentei ter intimidades mais estreitas com ela, mas ela libertou-se de mim dizendo-me que eu não era normal e nunca seria capaz de penetrar uma mulher”... “Naquele dia senti-me o homem mais insignificante do mundo”. E continua a carta: “Decorridas algumas semanas telefonou-me para o meu local de trabalho apenas para me cumprimentar. Respondi-lhe, laconicamente, pois estava na presença de colegas e perdi-a para sempre”.

Numa outra carta escreve-me: “... tive oportunidade de ter comigo outra rapariga. Consegui penetrá-la. Porém, num dado momento, a moça interrompeu bruscamente a cópula e, olhando-me fixamente o órgão, disse-me: «foi por causa disto que a tua namorada te deixou». Fiquei em silêncio, muito magoado e não quis mais conversa com a rapariga”.

Com um humor tingido de tristeza e de angústia, relata-nos, numa das primeiras sessões, um episódio ao qual o paciente deu alguma importância e que nos conta mais ou menos assim. Num fim de tarde, seguia com natural interesse, próprio dos seus vinte e poucos anos, uma rapariga que vivia próximo da casa dos pais. A moça ter-lhe-á dado algumas esperanças, prometendo-lhe novos encontros. Todavia, de regresso a casa, recorda que se lhe atravessou um gato preto no caminho; teve um leve pressentimento de algo singular, cujo colorido não sabe precisar. Uns metros adiante sentiu um barulho e voltou-se para trás; o gato havia sido colhido por um carro e, deitado no chão, com o ventre exposto ao céu, agitava desajeitadamente as patas. Afastou-se dali angustiado. O tal pressentimento (agora ruim) começou a miná-lo. No espírito do paciente instalou-se, de imediato, a ideia de mais um insucesso afectivo. Aquele gato preto (agora agonizante), encerrava um significado sinistro para ele, pois ditava a sua derrota amorosa. E, relata-nos amargurado: “assim aconteceu de facto”.

O paciente arrastava então uma situação laboral desconfortável havia já mais de um ano. Achava que os colegas não o apreciavam. Mostravam-se distantes, pouco afectivos e intolerantes. Os magistrados censuravam-no frequentemente e estariam, na opinião do Alfredo, comprometidos com os restantes escrivães do Tribunal. Nem sempre havia sido assim. A aridez do ambiente começara a adensar-

se depois do chefe da secretaria ter censurado o Alfredo por este se exceder nas conversas com os companheiros a respeito de triunfos e derrotas no campo amoroso. O paciente sentia que o criticavam nas suas costas. Sentia-se apontado, nótado. Tinha a impressão que os colegas trocavam sorrisos que, sem dúvida, tinham a ver com ele. Ouvia piadas e vagas alusões à sua incapacidade sexual. Os sorrisos, bem como o pigarro (que calculava intencional), constituíam os sinais que os colegas utilizavam para continuar a troçar dele, sem serem admoestados pelos responsáveis hierárquicos. O desconforto aumentava e o ambiente começou a ser intolerável para o enfermo. As senhoras que procuravam qualquer informação eram naturalmente atendidas por um funcionário. Várias vezes Alfredo “leu”, no eventual sorriso de cortesia que ambos trocavam (funcionário e senhora), um sinal que comentava (de forma jocosa) a sua incapacidade sexual.

As inevitáveis discussões, próprias duma repartição pública, a respeito de dúvidas de natureza burocrática, eram interpretadas pelo Alfredo como chamadas de atenção directas ou indirectas, atestando a sua incapacidade. O comportamento formal dos magistrados era entendido pelo paciente como distante e hostil, fruto certamente da má impressão que eles tinham, má impressão essa veiculada pelos companheiros, incluindo o próprio chefe da repartição.

Os processos (pensava ele), eram seleccionados de propósito para ele, sempre que, no seu conteúdo, constasse qualquer coisa que ferisse a sua “aguda sensibilidade” (palavras do próprio paciente).

Apesar de tudo, tinha-se como um bom funcionário e achava injustos tais juízos a seu respeito.

Foi este o ambiente humano e profissional que a juíza acima referida veio encontrar. Alfredo, sentindo alguma abertura na jovem magistrada, revelou tudo aquilo que supunha ser um constante ataque à sua dignidade de homem e de funcionário, perpetrado através de sorrisos irónicos cheios de significados maliciosos e através do pigarrear intencional dos colegas que, sem dúvida, troçavam dele amesquinhando-o.

A juíza ouvia-o “com paciência” (expressão do Alfredo) e frequentemente tinha

uma acção pedagógica sobre o pessoal, tentando criar as condições de confiança que, por um lado, amenizassem o ambiente que envolvia o funcionário, e, pelo outro, conduzissem ou ajudassem a conduzir o Alfredo a uma consulta médica.

Porém, rapidamente o paciente achou que os colegas não viam com bons olhos a atenção que a magistrada lhe dispensava. Resistia penosamente ao impulso de a procurar (“único refúgio de tolerância e compreensão” - palavras do doente), pois se o fizesse, isso seria descoberto de imediato pelos colegas que logo o censurariam com sorrisos trocistas. E eram em vão as tentativas da juíza e do chefe da repartição no sentido de o convencer a moderar o seu juízo, claramente exagerado. As primeiras tentativas ainda foram razoavelmente bem sucedidas. Por escassos dias Alfredo sossegou, mas logo voltou a sentir toda a gama de insinuações e desconsiderações que o obrigavam a defender-se, tapando com os muros feitos de livros, as figuras hostis dos colegas.

A situação tornou-se, entretanto, insustentável e o Alfredo vem, finalmente, a uma consulta de psiquiatria.

Personalidade prévia

Inteligência média. Teve um desenvolvimento psicomotor que se pode considerar normal até ao fim da instrução primária. Depois começaram os problemas médico-cirúrgicos do aparelho genito-urinário que afectaram o início da adolescência, retardando, evidentemente, a aquisição de certas aptidões próprias deste estágio etário.

Na escola era uma criança tímida, obediente, submissa, pouco faladora e revelando já uma insegurança apreciável. Tinha alguma dificuldade em fazer amigos e, quando os fazia, estabelecia com eles uma relação de dependência.

A relação com a mãe era e é ainda hoje de dependência absoluta. Diferente da relação com o pai que sempre aceitou mal o problema genital do filho. Mantém com ele (pai) uma relação distante e fria, procurando aliar-se à mãe, o que em várias ocasiões provocou alguns conflitos familiares.

Atravessou a adolescência mergulhado nos problemas cirúrgicos que a anomalia genital suscitou. Os sentimentos de insegurança e inferioridade agudizaram-se. Pelos dezasseis anos, talvez, começou a desenvolver um carácter algo arrogante, particularmente em relação às pessoas da sua esfera afectiva.

Na idade adulta, acentuaram-se os sentimentos de insegurança e inferioridade. Os fracassos que o foram afectando no plano das relações com o sexo oposto, criaram nele dificuldades acrescidas no campo da comunicação, acentuando-se a timidez e a introversão.

O humor sempre teve uma tonalidade depressiva, mas com o correr dos anos, tal tonalidade instalou-se definitivamente e é hoje o colorido afectivo normal da sua personalidade. No plano ético é um homem escrupuloso. Em todas as coisas em que participa e nas quais não tem sucesso, seja qual for a razão, acha-se quase sempre o primeiro culpado. Tal traço, tem-se vindo a agravar nos últimos anos. A escrupulosidade, o comportamento repetitivo, a pegajosidade que por vezes o caracteriza quando consegue estabelecer uma relação minimamente afectiva com alguém, dão à personalidade um indisfarçável toque obsessivo, embora não muito acentuado.

Mas o que ressalta como traço orientador da personalidade é a sua tonalidade sensitiva.

Personalidade das figuras significativas

O pai tem uma personalidade com características hipertímicas. Revela frequentemente acentuados sentimentos de hipersuficiência e de intolerância, particularmente em relação aos assuntos de família. É extrovertido e assume uma postura autoritária, especificamente em relação à esposa e ao doente.

A mãe revela-se uma pessoa frágil, muito submissa em relação outros, principalmente em relação ao marido, tímida, levemente depressiva, reservada e introvertida.

A irmã tem uma postura na vida semelhante à do pai, segundo a opinião do

Alfredo. Porém é mais “macia” (expressão do paciente) e frequentemente é até terna com ele (confessa Alfredo).

Estado actual (seis anos após a primeira observação)

O Alfredo está neste momento a trabalhar, integrado na sua profissão, embora mantenha algumas dificuldades relacionais.

Continua a achar que os colegas são intolerantes e pouco simpáticos. Porém, deixaram de o incomodar e de tecer a seu respeito considerações menos próprias. No passado sim; mantém a ideia de que se riam constantemente dele, explicitando através de risos, sorrisos e outros trejeitos verbais a sua inferioridade sexual. Contudo, isso pouco ou nada o apoquentava de momento.

Análise existencial

Toda a história deste doente está marcada pelo estigma do insucesso. Os diversos projectos que foi traçando ao longo da vida sempre sofreram travagens ou desvios que se revelaram frustrantes para o paciente e para o seu *encontro* com os outros.

Particularmente no plano afectivo e especificamente no campo psico-sexual, os horizontes existenciais, sempre se revelaram carregados de espessas nuvens, ajudando a criar circunstâncias tão adversas quanto o desgosto que transporta por não ter mulher e filhos.

Análise psicopatológica, fenomenológica e topológica “gestáltica”

O paciente experimentava a censura dos outros nas suas costas. Sentia-se apontado, notado. Tinha a impressão que os colegas trocavam sorrisos que, sem dúvida, tinham a ver com ele. Ouvia piadas e vagas alusões à sua incapacidade sexual. Os sorrisos, bem como o pigarro (que calculava intencional), constituíam os sinais que os colegas utilizavam para continuar a troçar dele, sem serem admoestados pelos responsáveis hierárquicos. O desconforto aumentava e o

ambiente começou a ser intolerável para o enfermo. As senhoras que procuravam qualquer informação eram naturalmente atendidas por um funcionário. Várias vezes o Alfredo “leu”, no eventual sorriso de cortesia que ambos trocavam (funcionário e senhora), um sinal que comentava (de forma jocosa) a sua incapacidade sexual.

Outros sintomas, tais como a relação que o paciente estabeleceu entre a percepção do gato preto que certo dia se atravessou no seu caminho e que de seguida foi colhido por um automóvel, confirmando de certa forma a direcção sinistra da suspeição, e, o significado que daí extraiu e que ditava o insucesso da nascente relação afectiva com uma vizinha, insere-se totalmente no contexto cultural e tradicional que envolve o paciente. Quer dizer, tal sinal, é absolutamente compreensível à luz do ambiente cultural que rodeia certos grupos sociais, no caso vertente o grupo a que o nosso doente pertencia e pertence. Vide a este respeito o capítulo - Continuidade de Sentido, onde é tratada com pormenor esta temática.

Analisado o caso clínico no plano topológico pergunta-se: estamos na presença duma vivência apofântica no sentido de Conrad? Ora vejamos. Dissecando os sintomas de maior expressão psicopatológica, esbarramos com aquilo que parece corresponder a uma percepção delirante: os sorrisos, já analisados no plano da fenomenologia descritiva. Tais sorrisos parecem cumprir os três graus da percepção delirante no sentido apofântico. Em primeiro lugar os sorrisos captados pelo paciente sugerem-lhe que se relacionavam com ele. Em segundo lugar o Alfredo entende-os como algo que foi produzido de propósito para ele os captar. Em terceiro lugar os sorrisos significam uma alusão à sua inferioridade genital; é um sinal que revela, no exterior, a sua incapacidade sexual. Porém, o desenho fenomenológico da percepção delirante é ilusório, porquanto o tema é invariável e quando se altera encerra sempre o mesmo motivo. Ora, habitualmente, na esquizofrenia o tema não só varia espontaneamente, como ainda flui de forma incompreensível tendo em conta o contexto da situação. Por outro lado, o tema integra-se com coerência nas preocupações fundamentais do paciente, o que, de certa forma, mais do que invulgar, é praticamente incompatível com a esquizofrenia. Por último, todo o acontecer psicopatológico se insere no tipo de personalidade “sensitiva” do paciente e não em contraposição com ela como acontece quase sempre nas vivências de

carácter apofântico.

Não se captam, portanto, sinais de profundas mutações vivenciais na história deste paciente. O que acontece é que, no contexto da personalidade “sensitiva”, e, fruto de acentuadas dificuldades relacionais, exacerbadas por experiências sexuais frustrantes, pondo em movimento as chamadas “vivências chave” de Kurt Schneider, o paciente fica como que perdido num mar de forças tensionais exacerbadas, com especial relevância ao nível do “encontro” com os outros.

CARLOS

Em Novembro de 1992 tinha 26 anos, quando, pela primeira vez foi observado. Veio à consulta acompanhado dos pais, com os quais tivera, nas últimas três semanas, graves conflitos.

Em todo o lado o paciente anuncia a falsidade dos pais, difundindo a ideia de estarem eles a cumprir uma missão a soldo de alguém que comanda a sua vida, de serem verdadeiros fantoches inventados não sabe por quem, mas que sente presente no seu espaço próximo.

Trata-se dum jovem engenheiro, solteiro, de boa complexão física, atlético mesmo e de aspecto cuidado. Filho de uma família de industriais abastados, é o segundo filho dum grupo de cinco, três rapazes mais velhos duas raparigas mais novas.

Contam os pais que desde há pelo menos três meses a convivência com o filho tem sido insuportável. Sentem-se agredidos sistematicamente por ele. Acusa-os de serem figuras estranhas à sua vida; a denúncia é particularmente contundente para com a mãe que diz não ser mãe dele, mas encarnar “um ser maligno”, certamente ao serviço do diabo, alguém com a missão específica de o aniquilar. Embora esta suspeita já germinasse no seu espírito desde há um ano, diz-nos o paciente com ar grave e severo que só de há uns três ou quatro meses para cá, obteve a certeza absoluta, depois de ter consultado uma “vidente” que lhe garantiu a veracidade da sua suspeita.

Realmente a família achava-o estranho, distante, quezilento nos últimos meses, talvez mesmo no último ano. A mãe recorda um conflito no natal, faz agora onze meses (reportamo-nos à observação de 1992) que estalou entre o paciente e a família por causa de um presente que os pais lhe ofereceram na própria noite natalícia. O conflito foi mal entendido por toda a família, incluindo os seus quatro irmãos (o paciente é, como dissemos, o segundo mais velho), mas justificaram-no pelo cansaço que sobrava do esforço que o Carlos havia despendido para terminar o curso naquele ano. Todavia, olhando agora para trás, os pais concluem que o comportamento do filho foi demasiado estranho para ser entendido daquele modo e só a grande tolerância que, geralmente, inunda os corações na época natalícia, somada ao marcado sentido de união daquela família, poderiam ter ajudado a passar por cima daquilo que realmente aconteceu. A prenda que lhe havia sido oferecida vinha embrulhada num papel colorido e enfeitada com um pequeno laço vermelho. Lá dentro encontrava-se uma camisa clara com riscas azuis muito finas. O paciente perguntou naquela noite à mãe insistentemente e, com evidente despropósito, porque vinha aquele presente guarnecido com um laço vermelho. As respostas que obtinha (vindas dos irmãos) encerravam um conteúdo misto onde o jocoso se misturava com a censura, pois toda a família tentava desvalorizar o esboço de conflito que se adivinhava. As respostas eram, no entanto, interpretadas à letra pelo paciente, o que provocou uma discussão gigantesca que estragou completamente a festa. No dia seguinte Carlos pareceu mostrar-se arrependido, tendo inclusivamente pedido desculpa aos irmãos e ao pai, embora mantivesse estranhas reservas em relação à mãe.

Outros acontecimentos, também de alguma importância, passaram em claro sem a devida valorização, até porque a família se começava a ver a braços com uma segunda questão que subia com gravidade crescente e que se relacionava com um quadro de toxicodependência que vinha minando a vida do terceiro filho. Esta facto, de todo ignorado pelo nosso paciente, ou pelo menos em absoluto desvalorizado, ocasionou que os pais e os outros irmãos mal reparassem nos estranhos e bizarros pormenores de comportamento do Carlos.

Desde há três meses que o rapaz se mostra hermético, expectante,

desconfiado, apreensivo, exibindo uma espécie de críspação e de tensão emocional constantes. Passa horas na casa de banho fechado, fica longos minutos imóvel a olhar para o espelho, fecha as portadas das janelas do seu quarto e deita-se com a cabeça coberta com as mantas (assume esta atitude mesmo nos dias de calor), não fala com ninguém e não partilha as refeições com a família. Aliás, é ele próprio que vai comprar os alimentos que depois consome no quarto de dormir. Esclarece-nos, mais tarde, que pressentiu a manipulação “especial” dos alimentos por parte da mãe; “a comida estava envenenada” – diz-nos.

Aborrece-se quando é interpelado por alguém e reage com extrema agressividade perante a insistência dos pais que lhe imploram que desça dos seus aposentos e venha até à sala de jantar. Em certas ocasiões olha a mãe severamente de alto a baixo; de seguida fixa o olhar no ventre, depois varre-a com tal força que a senhora se acha perfurada por aqueles olhos que adjectiva de “esgazeados”. Ao mesmo tempo pronuncia frases imperceptíveis e enigmáticas.

Sente que alguém “toca” no seu pensamento. Acredita que está a ser “mexido, talvez bafejado” por alguém. Não sabe se esse alguém está ou não abrigado no interior de sua mãe.

Nos últimos dias terá consultado uma senhora que se dizia vidente, que lhe terá confirmado a ideia que, de há muito, germinava no seu espírito - os pais verdadeiros não eram aqueles, mas sim pessoas de outras latitudes (não eram concretizadas nem as pessoas nem as latitudes) e, aqueles, seriam apenas actores, postos ao serviço do mal, cuja missão última seria o seu aniquilamento físico. Os choros da mãe, os rogos do pai e dos irmãos, eram entendidos como fazendo parte dos complexos papéis que cada um desempenhava.

Na véspera da primeira consulta, a mãe, horrorizada, surpreendeu-o a escrever num espelho com uma bola de algodão tingida de sangue a letra M. Era enorme o símbolo M, ocupava todo o espelho da casa de banho e o sangue escorria-lhe do pénis que o paciente tinha ferido (embora de forma muito leve) com uma lâmina. A mãe desatou a gritar quando deparou com aquele cenário. Carlos afastou-se do espelho e depois, voltando-se para ela, sorriu abertamente. Havia uma ironia profunda e uma estranheza espantosa em toda a cena.

Interrogado o paciente sobre este insólito episódio, confessou-nos que tal lhe havia sido ordenado por uma voz amiga que o vem defendendo. A voz tem um recorte feminino, é suave mas firme e sempre o tem acompanhado ultimamente. Por vezes esta voz opõe-se a outras vozes, que o paciente considera inimigas e que também lhe ordenam coisas diversas. Nalgumas ocasiões não executa o que lhe é pedido, noutras sente-se impotente e verga-se à vontade dos seres que lhe falam. Uma das vozes não tem recorte humano, isto é, não se explicita em palavras e frases, nem sequer tem o timbre de qualquer som emitido por animal ou mesmo planta agitada pelo vento; não se assemelha a outro qualquer som da natureza. Contudo, não deixa de ser uma voz como qualquer outra, quiçá mais significativa mesmo do que muitas outras conhecidas e que, frequentemente, lhe aponta caminhos e lhe oferece sérios avisos.

No plano afectivo Carlos revela uma frieza afectiva cortante. Absolutamente insensível aos rogos, choros e apelos dos pais e dos irmãos. Entende-os até como farsa, como manobras intencionalmente preparadas para compor o cenário daquilo que realmente se pretende.

No transporte para a consulta, o automóvel conduzido pelo irmão mais velho, teve de parar durante uns instantes num ponto da estrada que estava bloqueada (por trabalhos de reparação); os funcionários da obra, só deixavam passar alternadamente os carros numa só faixa de rodagem. A orientar esta tarefa estava um trabalhador que usava para tal um disco bicolor, vermelho numa face e verde na outra. Quando o homem voltou a cor verde para dar passagem ao automóvel que transportava o Carlos, este tapou bruscamente a cara com as mãos, balbuciando qualquer coisa que o pai entendeu fragmentadamente como isto: “acabou... agora... nada”. Mais tarde, na consulta, o paciente revelou-nos que tinha visto na face verde do disco que o trabalhador da estrada exibia, o sinal claro da vitória do maligno. Iria ser finalmente aniquilado – “acabou a minha luta; agora já nada posso fazer”. E continuou: “o episódio foi ensaiado daquela forma para que eu desse por ele”. O trabalhador, o disco verde e vermelho, a cor verde, tinha sido ali colocada para que ele a visse; tudo aquilo foi preparado para lhe chamar a atenção, foi intencional.

Anoitecia à hora em que efectuavam aquela viagem. Os carros começavam a

acender as luzes. Num cruzamento, um automóvel accionou os máximos. O jacto de luz estava-lhe especialmente dirigido. Era um sinal claro para ele. Sentiu-se mais uma vez o foco das intenções dos outros. Tudo estava montado e programado assim em função dele. “Vi perfeitamente que me fizeram um sinal de luzes para que eu soubesse o que me iria acontecer. E eles sabiam que eu sabia”. O clarão que num ápice cintilou diante dos seus olhos significava que ainda havia uma derradeira oportunidade. Tinha de abandonar o automóvel de qualquer maneira e escapar das mãos daqueles farsantes inimigos. Fez então um esforço para sair do carro, mas em vão, pois a família impediu-o, utilizando, é claro, a força física.

Junto do consultório há um café que, àquela hora, tem algum movimento. Saíam e entravam pessoas que, naturalmente, olhavam com alguma curiosidade, para a cena que no exterior decorria. Carlos resistia, com algum aparato, às intenções da família que se esforçava por convencê-lo a ir ao médico. O paciente lia nos olhos daquela gente do café (não no olhar, esclareceu mais tarde, mas sim nos olhos) o aplauso e o gáudio pelo veredicto final – o aniquilamento. -- Nos olhos, repetimos nós! – “Sim nos olhos, eram olhos esquisitos, postos ali, em caras de gente, com o intuito exclusivo de testemunharem a minha sorte”.

Na consulta Carlos mostrou-se tenso, desconfiado, em todo o caso razoavelmente colaborante. Esta atitude (de colaboração) foi reforçada pela nossa sugestão de o subtrair ao ambiente que ele considerava hostil. Para tanto teria de ser internado.

Uma semana mais tarde o doente continuava a ouvir vozes, mas agora tinham um recorte adjectivo diferente. Eram vozes mais esbatidas e mais jocosas do que as anteriores, mas igualmente significativas. Troçavam, riam-se dele e gozavam-no (expressão do próprio paciente).

Teve alta três semanas mais tarde, ainda com audição de vozes, no entanto o paciente já não as valorizava muito. As refeições partilhava-as com a família, embora continuasse a cultivar o silêncio total. Mostrava-se mais colaborante, não agredia os pais, ia cumprindo minimamente as normas sociais e os rituais característicos daquela família, que, diga-se desde já, nos pareceu perfeitamente normal.

A recuperação, embora apenas parcial, foi extraordinariamente arrastada. Meses a fio viveu mergulhado num profundo isolamento, quebrado pontualmente por intervalos de comportamento pragmático, ritualizado, mas sempre fugidio, como que ansiando em cada instante por regressar a si próprio e à reserva da sua intimidade. O quarto de dormir é o seu mundo e tudo o resto é acessório e dispensável.

Teve algumas recaídas nos últimos seis anos. Uma delas, começou de forma súbita. Regressou a agressividade, ressurgiram os sintomas persecutórios com toda a sua força e reactivou-se a actividade alucinatória. O comportamento revelava uma enorme inquietação interior e não tardou que a temática da primeira crise viesse de novo à tona das preocupações antigas. Aqueles que ali estavam, aqueles que partilhavam a casa e a vida com ele não eram os seus pais reais. Eram actores duma peça cujo enredo estava ainda por terminar. Este período, que foi no aspecto psicopatológico menos vivo do que o anterior, cedeu (apenas no plano da agitação) ao cabo de duas semanas. No entanto, foi necessário interná-lo novamente e reforçar a medicação neuroléptica. Após a alta o paciente recolhia-se mais ainda no seu reduto (quarto de dormir), isolando-se, abandonando-se a si próprio e ao seu mundo individual, assumindo posições estranhas durante longos minutos em que permanecia imóvel, falando de forma imperceptível, mas audível, utilizando vocábulos esquisitos, construindo frases sem qualquer coerência formal e, portanto, sem sentido.

A vida afectiva continuava fria, sem conteúdo, rígida, quase monocórdica.

A vida volitiva mantinha a pobreza dos últimos anos. O paciente mostrava-se abúlico, sem iniciativa e sem espontaneidade.

Dois meses mais tarde Carlos voltou a conseguir estabelecer relações mínimas com a família. O discurso oscilava e oscila entre períodos em que se apresenta perceptível e pragmático e períodos em que se torna estranho, incoerente e desligado do real.

Personalidade prévia

Na óptica dos pais a infância decorreu sem sobressaltos dignos de registo, quer

no plano médico, quer no plano psíquico. Foi sempre uma criança algo fechada, mas sem exceder limites preocupantes. Teve um desenvolvimento psicomotor dentro dos parâmetros considerados normais para a população em geral. Na verdade, os pais nada notaram de muito significativo durante todo o seu desenvolvimento, a não ser alguns períodos nos quais reclamava mais atenções da mãe, que, em boa verdade, o paciente achou sempre insuficientes. Reagia a este facto habitualmente com alguma agressividade e as birras, neste contexto, eram frequentes, não só com a mãe, mas também com o terceiro irmão.

Referem os pais que, de todos os filhos, foi este talvez o que mais dificuldades lhes criou na travessia da infância e da adolescência. Também durante a frequência da escola primária, deu a impressão aos professores de ser uma criança reservada, embora apta a estabelecer relações afectivas mínimas com as outras crianças. No liceu nada de anormal se notou a não ser uma discreta acentuação da referida reserva que progressivamente começou a deslizar para uma postura acentuadamente introvertida. Bom aluno, inteligente, carácter sério, terminou o ensino secundário com relativa facilidade, entrando para o ensino universitário (Faculdade de Engenharia) com algum à vontade. Nunca, durante o curso universitário, estabeleceu relações apertadas com quem quer que fosse. Não se lhe conheceram namoradas ou sequer amigos íntimos, dentro ou fora da escola, apreciando cada vez mais o isolamento.

A partir do meio do curso, deixou de ser um estudante assíduo, começou a faltar com frequência às aulas repercutindo-se tal atitude, evidentemente, no aproveitamento.

O isolamento acentuou-se mais ainda, a introversão era agora a característica primeira da personalidade. Tornou-se um rapaz triste. Passava rapidamente da tristeza para a agressividade quando achava que estava a ser incomodado.

Em casa procurava também isolar-se; as relações com os irmãos, até então excelentes, excepto com o terceiro irmão, começaram a esmorecer e os pais acabaram por sofrer as consequências dos conflitos que nasciam da quebra relacional do filho. Em todo o caso Carlos lá foi vencendo a vida académica, terminando o curso ainda em condições psicológicas razoáveis. A família supunha

que todos estes percalços se deviam à enorme sobrecarga escolar e que portanto, doravante, tudo correria melhor.

Personalidades das figuras significativas

O pai é um homem honesto, muito trabalhador, extrovertido, de trato simples e simpático, afectivo, sensato na gestão dos assuntos da família, mas pouco incisivo na defesa dos seus argumentos. Era acusado pela esposa de ser demasiado mole.

A mãe é uma senhora aparentemente tímida, levemente reservada mas com ajustada capacidade de exprimir os afectos. À sua volta, e ancorada à sua autoridade (não muito explícita mas sentida por todos), parece girar toda a constelação familiar.

Os filhos não tiveram qualquer problema até à vida adulta, excepto o terceiro que terá tido contactos com drogas pelos dezasseis anos. Conhecemos todos os filhos e nunca captámos qualquer sinal de patologia mental em nenhum deles, mesmo no terceiro filho que acabou por abandonar por completo a droga. Os quatro referem-se ao irmão com alguma ternura, mas explicitando dificuldades no relacionamento com ele. O terceiro filho sente que o irmão sempre o evitou, particularmente nos últimos anos.

Não se conhecem antecedentes médicos ou psiquiátricos, dignos de nota, nas gerações ascendentes.

Revisão do caso clínico ao sexto ano de evolução da doença

Carlos apresenta uma postura distante e fugidia. O contacto é difícil, o discurso é pobre e revela aqui e ali alguma incoerência formal.

Não trabalha, passa a maior parte do tempo mergulhado no seu mundo individual, sem nada fazer (como que distraído de tudo que se passa à sua volta).

Mantém actividade alucinatória auditiva (que consta de vozes com as quais frequentemente se diverte) e, embora sem grande consistência, mantém alguma actividade delirante de tipo persecutório. Os delírios são contudo raros e muito

fragmentados, não mobilizando significativamente o doente.

Se é contrariado, agita-se com facilidade, torna-se agressivo e intempestivo, mas geralmente não demora a retomar o comportamento habitual, isto é: abúlico, parado, orientado para a esterotipia motora (caminha horas a fio no corredor da sua casa), para o isolamento e para o diálogo com as vozes que povoam o seu mundo.

A sua existência parece caminhar para uma espécie de fossilização que o empobrecimento crescente necessariamente irá determinar.

Análise psicopatológica

A chamada sintomatologia florida está muito presente em toda a história clínica deste paciente.

O humor delirante precedeu largos meses (senão mesmo anos) a explosão da sintomatologia psicótica. Não foi fácil recolher elementos psicopatológicos durante os três últimos anos universitários. Porém, o comportamento de Carlos aponta para uma “especial” relação emocional com todo o ambiente académico. Em todo o trimestre que precedeu o primeiro internamento é inequívoca a presença do humor delirante. Desconfiança, apreensão, tensão emocional e estado expectante, são alguns dos elementos semiológicos que colhemos da história e que configuram tal presença.

Os chamados sintomas de 1ª ordem de K. Schneider ilustram toda a história. Contemplam-se com algum rigor fenomenológico, particularmente na primeira fase do adoecer. Alucinações auditivas - fonemas (vozes amigas que o aconselham; vozes que lhe impõem coisas para executar, vozes que dialogam entre si). Vivências de influência e de intervenção alheia ao nível do pensamento e até ao nível corporal - sente que alguém “toca” (palavra do doente) no seu pensamento; acredita que está a ser “mexido, talvez bafejado por um ser invisível” (expressão do doente). Percepções delirantes – o disco verde que o trabalhador da estrada exibiu representava um sinal claro da vitória do “maligno”; o sinal de luzes feito por um automóvel que por ele passou estava-lhe especialmente dirigido; significava que tinha ainda uma derradeira oportunidade; nos olhos das pessoas junto do café o paciente lia o veredicto final, ou seja o aniquilamento.

Os afectos têm uma tonalidade gélida. A história clínica oferece-nos um episódio arrepiante de incongruência afectiva. A mãe surpreendeu-o a escrever num espelho, com sangue, com o seu próprio sangue, recolhido do pénis que ele mesmo golpeou, a letra M. Perante os gritos da mãe o paciente afasta-se do espelho, volta-se para ela e rasga-lhe um sorriso aberto carregado de ironia.

Em toda a história se observam rupturas na continuidade de sentido. É claro que em muitos aspectos relacionados com os conteúdos (temas) apura-se pontualmente, mesmo em relação a alguns factos de todo estranhos, um nexo de compreensibilidade e, portanto, de continuidade de sentido. Mas, no plano formal a incompreensibilidade é total e a ruptura da continuidade de sentido indiscutível.

Com o tempo os delírios foram perdendo força e clareza nos conteúdos. No seu lugar ficaram apenas vãos escuros e vazios enigmáticos. Os espaços deixados ingloriamente vagos recolheram então o paciente no seu torpor ensimesmado, abrindo clareiras para a explicitação de toda a sintomatologia catatónica que caracterizou a segunda fase da evolução da doença. Esteriotipias motoras, períodos de agitação, quebra da iniciativa, negativismo e, principalmente longos períodos de total imobilidade em estado semi-estuporoso, constituem os elementos semiológicos mais marcantes da evolução catastrófica deste caso clínico.

Análise existencial

Como vimos, o nosso paciente é o segundo dum grupo de cinco irmãos. Tem menos um ano do que o irmão mais velho e tem mais quatro anos do que o irmão mais novo. Os pais, designadamente a mãe, não têm memória de grandes dificuldades relacionais do Carlos com os outros irmãos, excepto com o terceiro filho; estas dificuldades apareceram logo a partir do nascimento do irmão, tinha então o nosso doente quatro anos. De facto, uns meses após o primeiro surto psicótico, confessou-nos que, desde os quatro anos de idade, experimenta reservas várias em relação à mãe. Acha que ela sempre se preocupou mais com os irmãos mais novos, especialmente com o terceiro irmão, esquecendo-se um pouco dele.

No fim do secundário terá feito uma proposta ao pai para abandonar os estudos

e começar a trabalhar. Queria alcançar a sua independência o mais depressa que pudesse. O pai terá num primeiro tempo hesitado na resposta, mas depois recusou com firmeza, obrigando-o a prosseguir. O paciente teve então a sensação que “ali andou o dedo da mãe” (expressão do doente). Carlos nunca pediu nada à mãe e não pediria também desta vez (diz-nos de forma áspera). Não sabia muito bem o que poderia fazer, onde trabalhar e em que trabalhar. Sabia apenas que não queria estudar, não pelos estudos em si, mas porque não se sentia bem em casa. Não captámos qualquer projecto de casamento, de constituir família ou sequer de conhecer alguém com quem mais intimamente se pudesse relacionar. O único verdadeiro projecto que lhe conhecemos circulou sempre ao redor da busca de autonomia, mesmo que o preço a pagar fosse a fuga de casa com o consequente abandono dos estudos e da família.

Análise topológica e configuracional

No campo vivencial deste doente destacava-se a mãe como figura geradora de tensão. De facto, a vida familiar sempre representou para Carlos uma sobrecarga tensional a partir dos quatro anos, idade em que deixou de ser o filho mais novo. Durante todo o percurso infanto – juvenil, os vectores do campo vivencial, sempre se orientaram ao redor dum triângulo cujos vértices ligavam o paciente ao irmão mais novo, este à mãe e esta de novo ao paciente. Esta dinâmica tensional sempre acompanhou o nosso doente em todo o seu desenvolvimento juvenil, forçando-o a desenhar e a projectar a sua trajectória existencial numa forma sombria e, aqui e além, funcionalmente desajustada.

Com a entrada na universidade, que, como sabemos se processou contra a vontade do doente, o campo de forças tensionais avivou-se, mas ainda não o suficiente para derrubar a personalidade e perverter o comportamento. A partir do meio do curso achou que qualquer coisa de estranho tocava o ambiente que o envolvia, sentia-se tenso, angustiado, expectante. Procurava em vão entender o que se passava. Não percebia, mas alguma coisa havia!... O ambiente cada vez lhe era mais hostil (quer em casa, quer na Faculdade); o campo de forças apertava-se ao seu redor e a ansiedade crescia, crescia a olhos vistos. Em relação ao mundo

externo, procurava refugiar-se nos espaços mais íntimos, isolando-se (em casa, no quarto de dormir; na universidade, nos cantos das salas e dos corredores). Em relação ao mundo interno abrigava-se cada vez mais na introversão. De alguma forma estes mecanismos defensivos foram sustentando e até aliviando a pressão que o campo vivencial exercia sobre o paciente.

Estávamos em plena travessia daquilo a que Conrad chamou o *trema*. Se nos basearmos na fenomenologia que colhemos, apuramos que o *trema* marcou a vida do Carlos nos últimos anos. A pressão sentida como força adversa vinda de fora, a inquietação, a angústia, a insegurança, tudo isto a evoluir longo tempo num contexto de humor depressivo, criou a atmosfera anímica de fundo da qual emergiu a desconfiança e a consequente perda da liberdade. De facto, o paciente sentia barreiras por todos os lados, particularmente na universidade e em casa, barreiras essas que o apertavam, que lhe reduziam o espaço e que lhe criavam cada vez mais dificuldades para saltar para a tranquilidade. A casa e o seu pesado ambiente como que é trasladado para a escola, tornando-se também esta intolerável. Nada já é “casual” e “neutro”²³⁹, tudo começa a adquirir uma importância crescente, mesmo as pequenas coisas (aquelas pequenas coisas que compõem os fundos dos campos vivenciais e que outrora passavam despercebidas). A vida, nestas circunstâncias, quer em casa quer na escola e, por último em todo o lado, começa a ser tormentosa, porque cercada por círculos vivenciais carregados de frieza e de hostilidade. A existência de Carlos fica como que entregue a um eu, cada vez mais esmagado contra si próprio.

Em todo o campo há, porém, um elemento que, pela sua importância, começa a tingir com tinta permanente todo o mundo vivencial do nosso paciente. Destaca-se de todos os outros, mobiliza por completo a atenção do paciente, apaga mesmo tudo o resto que gira ao seu redor e, o que é mais surpreendente, adquire bruscamente a particular característica do “inautêntico”, do “simulado”²⁴⁰. Simulado para quem? Para o nosso doente evidentemente, referenciado ao nosso doente. - Aquela senhora não

²³⁹ Nota: No sentido de Binswanger.

²⁴⁰ Nota: No sentido de Conrad.

é sua mãe mas sim encarna um espírito maligno que o quer aniquilar -. Teve neste momento lugar a vivência que Jaspers consagrou com a designação de “consciência de significação anormal”. A partir de então todo o sistema de referências se modifica. As tensões brutais acumuladas escoam-se agora pelos interstícios das barreiras que tapavam a verdade. Esta, a verdade, uma verdade especialíssima, começa então a cobrir com as suas cores apofânticas todo o espaço externo. É como se uma película de fotografia negra e invertida ou codificada, surgisse agora direita e nítida depois da *revelação*. Tudo neste momento (solene, porque se abriram de par em par as portas da revelação) se entende. A comida está envenenada; a minha mãe é um fantoche ao serviço de alguém.

É claro que num mundo onde o misticismo e o charlatanismo ainda têm o seu espaço, os médicos e os psicólogos são frequentemente confrontados com situações de manipulação psicológica de espíritos previamente fragilizados por qualquer circunstância. Contudo, com uma argumentação convincente, o sujeito é passível de ser seduzido (esclarecido) e voltar atrás nas ideias que havia formulado. A cada passo nos perdemos por instantes em pequenos enganos e seduções que, de seguida, após reflexão mais apurada ou esclarecimento vindo de fora, reparamos ou revalorizamos, voltando, sempre que necessário, atrás na percepção do mundo. Ilustremos isto com um exemplo do dia a dia. Num café eu vejo um sujeito a olhar para mim. Tenho dúvidas se o conheço. O sujeito faz um gesto de saudação na minha direcção e eu respondo-lhe. Depois dou conta que afinal a saudação não era para mim mas sim para uma pessoa que estava na mesa ao meu lado. Aquela saudação não se *referia* a mim. De alguma forma eu ponho o outro (o meu vizinho de mesa) no meu lugar. Isto é eu passo do meu mundo (aquilo era comigo) para o mundo dos outros onde necessariamente eu estou incluído (aquilo afinal não é comigo mas com o outro – o meu vizinho). Mudei, portanto, de sistema de referência, alterei sem esforço nenhum a relação de significado (primeiro o sinal de saudação estava referido a mim e agora está referido a outro; pus então o outro no lugar que eu há pouco ocupei). Ora, no caso do nosso doente isso já não era possível. A vidente confirmava-lhe aquilo que no fundo ele já sabia – aquela senhora não era a mãe dele; abrigava no seu seio a inautenticidade e mais do que tudo isto era

protagonista dum papel cuja temática se dirigia por inteiro ao próprio doente. Tudo que flui ao seu lado lhe está dirigido. As coisas adquirem então um significado especial, quer no espaço externo (percepções delirantes, ocorrências delirantes - atrás já discutidas), quer no espaço interno.

Todas as percepções delirantes colhidas na história clínica foram discutidas fenomenologicamente na secção – análise psicopatológica. Vamos abordá-las agora numa perspectiva topológica e gestáltica. De facto, os vários sintomas que definimos como percepções delirantes seguem integralmente as três etapas do caminho que culmina finalmente na percepção delirante²⁴¹. Primeira etapa – em todos os casos o objecto percebido indica ao enfermo que se refere a ele (o disco verde, os olhos das pessoas à porta do café, a luz do automóvel, etc.). Segunda etapa – O objecto percebido indica-lhe que se refere a ele e ele também sabe imediatamente porquê (o disco verde, os olhos das pessoas, a luz do automóvel, foram ali *postos* ou assim *feitos* especificamente e especialmente para ele, por forma por exemplo a chamar-lhe a atenção ou a submetê-lo a qualquer prova). Terceira etapa – O objecto percebido tem um significado bem específico e evidente para o nosso doente (o disco verde significa finalmente o seu aniquilamento, a luz do automóvel significa que ele tem mais uma oportunidade para escapar das garras dos seus inimigos e os olhos das pessoas do café encerram em si o gáudio pelo seu aniquilamento). Este significado é arrancado ou pelo menos sugerido ao paciente pelas chamadas “propriedades essenciais”²⁴², que, a partir de certa altura dominam por completo a consciência do sujeito, acabando por “dinamitar”²⁴³ todo o campo vivencial.

A intensidade da *apofania* vai subindo da primeira até à terceira etapa. A percepção, na psicologia normal (melhor dito, na psicologia do normal), corresponde a um complexo processo, que começa na impressão sensorial e acaba na compreensão do percebido. Em todo este percurso, que se enriquece e complica desde a simples sensação (início do processo) até à formulação dum símbolo compreensivo e compreensível (para o sujeito e para os outros), existe uma cadeia

²⁴¹ Conrad, K (1963): *La esquizofrenia Incipiente*, Op. cit., Pg. 81.

²⁴² Nota: Qualidades ligadas à essência das situações.

²⁴³ Fonseca, Fernandes (1987): *Psiquiatria e Psicopatologia*, II Vol., Op. cit., Pg. 41.

de fases que se ligam entre si por vínculos coerentes mediados pela energia vital. O que acontece na percepção delirante, é uma alteração da própria estrutura do processo perceptivo. Como? A dinâmica de todo o processo perceptivo, sofre um relaxamento, uma espécie de distensão, de afrouxamento, que facilita a emergência das chamadas “propriedades essenciais” das figuras ou dos objectos que elas representam. Distinto é o que se passa com os processos orgânicos. Nestes, há mesmo ruptura (ou pode haver) dos mecanismo produtores da percepção.

Na primeira metade do Séc. XX foi muito discutida uma interessante teoria que interpretava o adoecer esquizofrénico como algo que emergia duma certa “hipotonia da consciência”²⁴⁴. Estas propriedades ou características levariam o sujeito a tomar o todo pela parte e explicariam o significado aberrante, estranho e aparentemente incompreensível das vivências esquizofrénicas, designadamente das percepções delirantes (mas também obviamente de todos os outros processos psicológicos). Assim, por exemplo na nossa história, o sangue com que o doente escreve no espelho a letra M, pode ser considerado uma “propriedade essencial” da mãe – *sangue do meu sangue*; assim como a fonte donde o sangue saiu – o pénis, ou seja, o órgão que em primeiríssima mão depositou no ventre de sua mãe uma fracção daquilo que viria a constituir-se mais tarde no sujeito Carlos; o mesmo sangue serve de tinta para o desenho explícito da letra M de mãe, mas também da letra M de morte; mãe e morte estão aqui bem irmanadas no veredicto final: o aniquilamento.

Considerámos portanto a letra M uma “propriedade essencial” do sujeito mãe; Porquê?

Em quase todas as línguas o símbolo que significa mãe começa pela consoante labial M (latim – *mater*); existe por assim dizer um certo cunho onomatopaico na construção (pelo menos da primeira sílaba) da palavra, pois ela tende a imitar, nos seus elementos perceptivos sonoros, o som que se desprende dos lábios quando a criança abre a boca. De facto, a expressão da consoante M, reflecte de algum modo o som produzido pela vibração dos lábios quando estes se descolam durante o acto

²⁴⁴ Nota: Berze. Teoria da hipotonia da consciência; o transtorno fundamental esquizofrénico teria neste pressuposto a sua base. Este autor é muito citado por António Vallejo Nágera (1949) na 3ª Edição do Tratado de Psiquiatria, Edição de Salvat S.A., Madrid, nomeadamente no assunto aqui referido.

de preparação para a recepção da mãe (mama – fonte de leite). Daí o símbolo M das palavras mãe e mama ser um dos primeiros sons humanos a serem codificados num sinal de altíssimo significado.

Não admira portanto, que, numa problemática psicopatológica, na qual a mãe assume um protagonismo intenso, a palavra (símbolo) se decompõe em partículas, de entre as quais, a mais arcaica de todas (M) emergirá, ensombrando naturalmente as outras.

A brutal desconfiança²⁴⁵, a perplexidade e a angústia, minando cada vez mais os alicerces do campo vivencial, acabam por ajudar a empurrar o doente para actos absurdos ou bizarros, muitas vezes perpetrados no declive da desorganização autística da personalidade. A auto-mutilação do pénis corresponde exactamente a um destes insólitos e dramáticos desvios do comportamento.

A cor verde do disco que permitia a passagem do automóvel que transportava Carlos, permite também a passagem para o veredicto final – o aniquilamento. Em geral o verde (a cor verde) significa permissão para qualquer coisa. Significa ainda (praticamente em todas as culturas) esperança. Não custa a acreditar que se o nosso doente estivesse numa fase de alegria expansiva, interpretasse o mesmo facto como a permissão dada por alguém para a sua ascensão ao céu. Mas no caso vertente e, tendo em conta toda a dinâmica topológica do campo, significa tão só a permissão para a morte. Existe assim uma certa compreensibilidade na temática delirante. Isto é, em relação ao conteúdo, é muitas vezes possível descortinar uma certa continuidade de sentido. Porém, o facto de se perceber de forma delirante, o facto de alguém ouvir vozes que dialogam entre si ou que comentam os actos dos doentes, como no caso que estamos a estudar, o facto em si, esse não é de todo compreensível e encerra no seu seio uma brutal ruptura da continuidade de sentido. Porquê? Porque neste acontecer psicopatológico não encontramos qualquer nexo de causalidade minimamente verosímil. O delírio surge de forma abrupta, elementar, directa, sem qualquer relação coerente, quer no plano emocional, quer no plano

²⁴⁵ Fonseca, Fernandes (1987): Op. cit.,Pg. 50.

Nota: Este autor considera a desconfiança como um sintoma primário da esquizofrenia, constituindo um dos “alicerces *«gestálticos»* do humor delirante e um sintoma premonitório do autismo”.

cultural, com o estado de consciência ou com qualquer outro facto psicológico que, mesmo à distância, o pudesse determinar.

O processo psicopatológico avança mais um pouco e com ele o relaxamento da estrutura global da percepção, abrindo caminho para a liberdade (caótica embora, mas liberdade); abrindo as portas as portas à escorrência das múltiplas constelações de “propriedades essenciais” que animam qualquer objecto. O espaço envolvente rapidamente fica tomado; as “propriedades essenciais” assumem o comando de tudo. Nada já é casual. Os próprios objectos materiais, a matéria em si mesma, adquire um valor distinto e por vezes sinistro. Os olhos das pessoas do nosso exemplo estavam ali postos, postos para ele doente, não enquanto função (os olhos servem obviamente para ver), mas enquanto estrutura, enquanto figura que se destaca dum fundo, ele próprio totalmente tomado, totalmente tocado apofanticamente e, portanto, não neutro.

Tal como acontece num acidente ferroviário, no qual o comboio, embora descarrilado, ainda se mantém por algum tempo direito, deslizando no sentido que trazia, escorado talvez na inércia, ou talvez no roçar lateral dos carris ou simplesmente na sorte, também as vivências apofânticas permitem, por algum tempo, uma certa presença de sentido e de convivência (muito frágil embora) com o mundo dos outros. Mas, tal como no comboio acidentado do nosso exemplo, um instante mais e as carruagens tombam pela ravina abaixo, deixando atrás de si o caos e a confusão, também na apofania, um passo mais e o sentido global do campo desagrega-se de vez, a confusão instala-se, as vivências jorram em catadupa sem qualquer organização, apenas comandadas pelo leme do aleatório e pelo colorido das “propriedades essenciais”, absolutamente soltas e perdidas no oceano da desagregação apocalíptica.

É este o estado no qual o nosso doente conduz o barco da sua existência, sem bússola e sem terra à vista.

CAMILO

Tinha 58 anos em 1999.

A doença iniciou-se de forma súbita e com certo aparato aos 25 anos. Frequentava na altura um curso de pós graduação em Paris.

Inteligente e estudioso terminou o curso de engenharia com distinção aos 23 anos e rumou Paris, onde iria continuar uma carreira académica promissora.

Um dia, interrompeu bruscamente uma aula, interpelando em voz alta um colega a quem acusou de o estar a incomodar. Face ao insólito do gesto os outros colegas mostraram alguma estupefacção e surpresa comentando naturalmente o facto ocorrido. Alguns riram-se mesmo. Aqueles sinais explícitos confirmavam as suspeitas do paciente. O mestre tentou averiguar o que se passava mas em vão. Camilo abandonou a sala de aula a correr, soltando gestos e palavras injuriosas para os colegas e professor. Dirigiu-se à esquadra de polícia mais próxima onde depositou uma queixa visando o referido colega. Horas depois, estava internado, contra sua vontade, num hospital psiquiátrico de Paris.

Alguns meses após este episódio, e, já sem sintomatologia produtiva apreciável, foi aconselhado pelo médico a regressar a Portugal para continuar o tratamento.

Mais tarde revela-nos que nesse dia, aquando do acontecimento de Paris, se sentia tenso e “nervoso” e que na sala de aula, bruscamente, tudo lhe parecia estranho. Recorda que teve um sentimento doloroso de estar a ser usado para qualquer coisa sinistra e enigmática. Instalava-se subitamente à sua volta uma espécie de peça teatral da qual ele era o centro. O colega a quem interpelou (no episódio da aula), batia com o lápis na mesa de forma ritmada. Os sons ecoavam na sua mente com um volume tal que se tornava insuportável para o paciente aguentar por mais tempo a situação. Momentos depois surge a interpelação intempestiva acima descrita.

Chegado à sua cidade, concorreu a uma vaga de docente universitário, tendo ganho com certa facilidade o concurso e o respectivo lugar de assistente.

Tudo parecia correr bem ao jovem engenheiro. Tinha então 26 anos quando conheceu uma senhora que desposaria quatro meses depois do primeiro encontro.

Para além da introversão e da timidez, ambas muito acentuadas, o que

dificultava naturalmente o contacto e as relações interpessoais, nada mais de anormal a sua esposa encontrou digno de registo nos primeiros três anos de vida a dois. Era trabalhador, tinha iniciado com entusiasmo um projecto de investigação na área da matemática, revelava-se assíduo nas aulas que ministrava e, em casa, colaborava nos afazeres domésticos, aliviando a esposa, também ela a braços com a conclusão do seu curso de professora.

No quarto ano de matrimónio a esposa ficou grávida tendo este facto perturbado de forma estranha e marcante o paciente. O nascimento da criança, um rapaz saudável, em nada pacificou o ansioso pai. Passava horas a olhar o filho, falava só, tinha um discurso imperceptível, tornou-se desconfiado e agressivo, chegando mesmo a espancar a mulher, a quem acusava de prestar mais atenção aos outros (criança incluída) do que a ele. Recusava-se a consultar um médico ou a fazer o tratamento que anos antes lhe havia sido prescrito e recomendada a sua continuação.

Sentia-se vigiado pelos colegas da universidade, achava que havia uma combinação secreta entre eles e os seus antigos companheiros de França e, frequentemente, dizia que tudo isto tinha sido montado para, finalmente, prestar contas pelo que havia acontecido quatro anos antes. Acusava agora de espião o antigo companheiro que com ele havia protagonizado o acontecimento que ditou o seu internamento em França. A esposa também estava metida nisto e usava o filho como elemento de pressão para ele confessar as suas verdadeiras intenções.

Através das paredes do quarto ouvia, claramente, o veredicto dos mestres, seus superiores, e, também dos seus colegas, que o incentivavam a entregar-se. Por vezes assistia assustado e indefeso à viva discussão dos professores a seu respeito.

Internado novamente, foi tratado com neurolépticos, tranquilizantes e E.C. (electrochoque). Melhorou, regressou ao trabalho e à família, mas passados dois meses, a esposa, acusando cansaço e evidentes dificuldades relacionais, pedia o divórcio.

O paciente passou a viver então com a mãe e uma irmã mais nova.

Na altura do divórcio estava razoavelmente equilibrado em relação ao evoluir

da doença. No entanto, ressaltou como muito estranho aos olhos da família e dos amigos, a facilidade com que Camilo se desligou da mulher e do filho. No trabalho, não obstante o pragmatismo do comportamento (assiduidade perfeita, sumários em ordem, aulas relativamente preparadas), não conseguia estabelecer relações minimamente produtivas com os alunos. A tal ponto esta dificuldade se agudizou que o responsável pelo sector lhe retirou, com algum cuidado, a vertente pedagógica e didáctica, restando apenas como tarefas obrigatórias as da área da investigação. Pareceu aos colegas que este facto (aparentemente humilhante, porque aconteceu a meio do ano lectivo), em nada tocou o nosso doente. Manteve-se a desempenhar esta tarefa bastantes anos, embora com largas interrupções, motivadas por períodos nos quais a sua instabilidade emocional e comportamental aconselhava a um afastamento.

Observámos pela primeira vez este doente em 1991, na sequência dum episódio ocorrido em pleno local de trabalho e que passamos a descrever. Diante do computador, Camilo dialogava (*berrava* – expressão utilizada por um colega) furiosamente com o conteúdo (?) que passava no écran. As pessoas que assistiam à cena tentavam acalmá-lo sem sucesso. O paciente, profundamente agitado tornou-se rapidamente furioso e agressivo tendo sido necessário bloquear-lhe os movimentos.

Já mais calmo, durante o internamento que se seguiu a este episódio, contou-nos que o antigo colega de França, havia entrado (?) no computador e sabotado todo o seu trabalho. Aliás (confessava), esse colega não largava a sua cabeça; impunha-lhe coisas, mudava-lhe ideias, misturava-lhe pensamentos como quem faz experiências de laboratório. E adianta: - “Eu acho que eles em França estão a fazer experiências comigo”.

Há muito que se sentia notado e apontado pelas pessoas, todos os dias tinha provas irrefutáveis disso, o ambiente académico era-lhe marcadamente hostil, mas essa hostilidade não derivava do facto das pessoas o *aturarem* naquele estado de possível doença, mas sim, porque o ar que respirava, os objectos que estavam à sua volta, as pessoas com quem lidava, estavam tocadas pelo estigma da falsidade. Tudo era falso ao seu redor e tudo estava assim colocado intencionalmente em

função dele. O caminho que pisava estava sempre saturado de seres imateriais, “pessoas autênticas que se desmaterializaram” (expressão do próprio doente), que o forçavam sistematicamente a fazer o que ele não queria. Falavam uns com os outros, comentavam, impunham-lhe sugestões e davam-lhe ordens. O paciente acha muito estranho o facto de nós não partilharmos das suas vivências, pois não acredita que os seres que envolvem o seu espaço não sejam por nós sentidos, observados e escutados.

Entretanto a mãe faleceu há alguns anos. O facto foi vivenciado pelo paciente de forma fria e distante. Sua irmã passou a viver, a partir de então, numa outra cidade, o que também em nada afectou o nosso paciente.

Por imposição dos serviços públicos, Camilo foi sujeito a um exame psiquiátrico, visando a sua reforma. O paciente não compreendeu tal facto e reagiu violentamente. Embora aceite o estatuto de doente, acha que a enfermidade lhe é imposta por forças malévolas que, vindas de França se aliaram a elementos académicos portugueses, e lhe “retiram toda a capacidade pensante” (expressão do próprio doente), por forma a esvaziá-lo intelectualmente.

Foi naturalmente considerado incapaz para o exercício da sua profissão e assim reformado. Apresenta-se agora razoavelmente estabilizado no convívio com os personagens fantásticos do seu insólito mundo.

Apurou-se que na linha paterna existiam vários casos de esquizofrenia (um tio e dois primos) e também de doença afectiva (uma tia que aliás se suicidou).

Personalidade prévia

Tivemos naturais dificuldades em chegar, com alguma consistência, ao desenho da sua personalidade em termos não só estruturais, mas também dinâmicos. Contudo, pelo que pudemos apurar, tratar-se-ia duma personalidade tímida, muito sensível, algo introvertida, muito dada à reflexão e à abstracção. A matemática foi sempre o seu sonho e com ela preencheu a maior parte do tempo enquanto estudante desde a instrução primária. Nunca teve inclinação para estabelecer relações fortes com os companheiros de escola nem tão pouco com o

mundo feminino. Neste aspecto, o paciente revelou-nos que, durante a sua juventude, tinha enorme dificuldade em se relacionar com raparigas

O pai faleceu tinha Camilo onze anos. Um acidente de automóvel roubara-lhe a vida. Parece ter vivido este facto com um sofrimento ajustado à circunstância, porém hoje revela um total arrefecimento afectivo em relação à memória do pai.

Personalidade das figuras significativas

O pai tinha uma personalidade instável. Tratava-se dum engenheiro químico, homem inteligente, reservado, mas de contacto difícil. Caía frequentemente em situações de irritabilidade e até de agressividade, quer em casa junto da família, quer no trabalho na relação com os colegas, junto dos quais nós obtivemos estas informações. Porém, e não obstante haver patologia de natureza psiquiátrica nalguns parentes próximos, nunca se lhe conheceram crises psíquicas de dimensão considerada anormal.

A mãe parece ter tido uma personalidade sintónica, levemente depressiva. Viveu sempre a doença do filho de forma aparentemente normal. Aliás, Camilo constituiu, ao longo dos últimos anos a grande preocupação desta senhora. Carinhosa para o filho, sempre o acolheu com os cuidados inerentes à sua condição de mãe, suportando com sensatez e tolerância os seus frequentes desajustamentos psico-sociais.

A irmã que parece ter herdado a reserva do pai, embora mais estável, vive um pouco afastada da problemática da família. Na sequência da morte da mãe, escolheu romper, pela distância, as relações com o irmão. Não tivemos oportunidade de a conhecer.

Revisão do caso clínico ao sexto ano de evolução da doença

Doente afundado na desagregação da personalidade, sem crítica em relação ao seu vazio existencial, explicitando frequentemente estereotipias motoras e verbais.

Análise psicopatológica

Voltam a aparecer nesta história sintomas de primeira ordem de K. Schneider que guiam o diagnóstico no sentido da esquizofrenia. Não faltam, em várias ocasiões das fases produtivas, percepções delirantes, alucinações auditivas muito típicas e variadas (fonemas), expondo belos recortes fenomenológicos da vivência delirante e vivências de intervenção alheias ao eu (vivências de influência).

Praticamente todas as esferas da actividade mental estão tocadas pelo processo psicótico. No plano afectivo, a história revela-nos, em traços muito impressivos, a brutal frieza afectiva do paciente (o desprendimento do filho, a morte da mãe, o divórcio, o afastamento da irmã, constituem eventos existenciais sobre quais o paciente passou sem a menor ressonância emocional condizente com a experiência vivida). No plano volitivo, cedo se iniciou a marcha para o empobrecimento, instalando-se agora o paciente numa atitude abúlica, sem iniciativa e sem espontaneidade. No plano comportamental, os desvios à norma pautaram toda a trajectória da personalidade logo que esta se afundou no oceano psicótico, revelando em grandes espaços do acontecer psicótico a flagrante ruptura da relação do eu com o mundo.

À medida que a enfermidade evoluiu a sintomatologia positiva (significativamente florida durante anos) foi-se apagando, surgindo, no seu lugar, sintomatologia negativa particularmente evidente nas esferas afectiva e volitiva.

Análise topológica e configuracional

Não temos elementos clínicos seguros para avaliar a duração do *trema*. Contudo, pelo menos no dia do primeiro grande acontecimento psicótico, o paciente sentia-se tenso e ansioso e as coisas à sua volta, na sala de aula, subitamente lhe pareciam estranhas. O campo vivencial (a sala de aula com a sua dinâmica própria), afinal o campo que Camilo sempre cultivou na sua vida, sofreu uma brusca transformação, tornando-se-lhe estranho, distinto e hostil. O paciente, sentiu-se notado, seleccionado, centro duma peça de teatro na qual ele ocupava o eixo da representação. O campo vivencial, a sala de aula do curso de matemática, naquele

dia em Paris, apertou-o, comprimiu-o, roubou-lhe o movimento natural para as coisas (movimento de relação eu – mundo), numa palavra, roubou-lhe a liberdade. Sem liberdade, a tensão no interior do campo adensou-se. Aquilo que até aí era porventura neutro ou de escasso significado (o professor, os colegas, as janelas o quadro e principalmente o som do lápis ao bater, certamente com leveza, na mesa), assumiu uma importância nuclear, mobilizando a atenção do paciente de tal jeito que o campo ficou, por instantes, praticamente reduzido ao som do lápis. Mas este som, não se manteve nu, puro; não, ele assumiu por momentos a potência duma bomba. Porém, este facto não só prendeu por completo o doente, mas também lhe deu a sensação de algo de estranho e inautêntico, como aliás tudo que figurava à sua volta (ele era, como sublinhámos, o eixo duma peça de teatro). Tudo estava a ser simulado ao seu redor, especialmente o batimento do lápis que agora mobilizava toda a atenção do paciente. O som do lápis põe-se em relação indiscutível com ele e ele é naturalmente o ponto de referência para o simulador (o colega e por extensão toda a escola). Neste exacto momento teve lugar o estabelecimento “duma relação sem motivo”(Gruhle) ou a “consciência de significação anormal” (Jaspers) ou ainda a vivência “apofântica” (Conrad).

A apofania alastra progressivamente, primeiro por todo o campo vivencial externo, depois prossegue pelo espaço vivencial interno, deixando, em todo o caso, ao nosso doente, alguma capacidade (todavia escassa) para ele se poder, pontualmente, transladar para o mundo dos outros²⁴⁶. Sentimos este fenómeno na sua relação (de razoável confiança) connosco.

ANTÓNIO

Nasceu em 1960. Tem portanto actualmente (1999) 39 anos.

Filho dum industrial bem sucedido, foi um razoável aluno durante a sua permanência numa escola secundária que concluiu com 18 anos.

²⁴⁶ Gomes de Araújo, H. (1971): Anotações à fenomenologia do delírio, Separata do “*Jornal do médico*”, LXXIV (1457): 199-203.

Sua mãe, licenciada em direito, é uma pessoa afectiva, sensível, tímida, de colorido levemente introvertido, muito preocupada com os filhos.

Seu pai é um homem inteligente, trabalhador, com elevado espírito de iniciativa, muito confiante, pragmático e de contacto fácil. Ambos tinham uma boa relação entre si e também com os filhos.

O António cresceu, juntamente com uma irmã, mais jovem três anos, num ambiente saudável e harmonioso.

Na escola primária era uma criança feliz, brincava normalmente nos recreios, estabelecia relações fáceis e estáveis com os colegas e professores. Atravessou toda a adolescência sem problemas, integrando com facilidade valores morais, sociais e psicológicos ajustados à progressão da sua idade.

Durante o seu percurso no ensino secundário o pai incentivava-o a tirar um curso de gestão, pois sentia-se cansado e queria transmitir responsabilidades na fábrica para o filho. E o António era o filho em quem o pai apostava, talvez por ser rapaz, confessou-nos mais tarde. À medida que o rapaz se ia aproximando do fim do secundário, mais viva surgia aos olhos do pai a possibilidade de vir a ser o seu substituto. Mas, para isso, tinha de tirar um curso superior.

Por duas vezes tentou a entrada numa universidade, mas sem sucesso. Achava então que ninguém aceitava as suas limitações académicas e isto pesava-lhe na consciência. Queria começar a trabalhar na fábrica, mas o pai resistia. Lia-lhe no rosto uma censura constante em relação às suas dificuldades escolares. Passou a mostrar-se ainda mais reservado, mais irritável e isolava-se frequentemente.

Finalmente, em 1981 e por dois anos, trabalhou na fábrica gerida pelo pai. Tinha a sensação de que seu pai lhe queria entregar os destinos do negócio, mas para tal, continuava a ser-lhe exigida uma formação específica na área de gestão.

Em 1983 e por acordo geral estabelecido entre o António e a família, ingressou num instituto superior privado de gestão. O primeiro ano correu satisfatoriamente, passou para o ano seguinte, embora com disciplinas atrasadas. Achava que não tinha agradado aos pais, contudo considerava-os excessivamente exigentes em relação a ele, filho mais velho. Tinha o sentimento de que seu pai censurava o facto

de ele não rentabilizar o dinheiro que gastava. Pensou em desistir, pois achava que não tinha argumentos pessoais para tirar um curso de gestão. Porém, o que mais queria era assumir a direcção da indústria da família. Havia portanto de ser gestor, conversava em surdina consigo próprio.

O 2º ano não começou bem. Tinha então 23 anos, quando, subitamente, os colegas perceberam que o António andava estranho, recolhia-se nos cantos dos corredores, ria-se e falava sozinho, dirigia-se às pessoas com frases enigmáticas. Olhava ao redor com aspecto apreensivo, buscando algo no tempo e no espaço, cruzando furtivamente o seu olhar com o dos companheiros numa atitude de alerta e de estranheza desconfortável para ele e para os outros.

Em casa começou a recolher-se no seu quarto, deixou de ir às aulas, deixou de partilhar o espaço e o tempo das refeições com seus pais e irmã e tornou-se agressivo com quem tentava averiguar o que se passava.

Um dia parou diante de uma livraria. Na montra estava exposto um livro com o seguinte título: "Gestor num minuto". Aquilo tinha sido posto ali sem dúvida para ele. Entrou e comprou o livro. Folheou-o com curiosidade e confirmou o que previra. Não precisava de mais nada para tomar conta da fábrica.

Passava horas a folhear livros de gestão que empilhava abertos no chão do quarto e sobre a cama, mas aquele livro que acabara de adquirir era especial. Continha um sinal secreto que lhe apontava o caminho. Olhava-se frequentemente, por longos minutos ao espelho, palpando a face, gesticulando, fazendo caretas e forçando, sem motivo detectável, risos contraídos.

Procurava fazer as refeições na cozinha quando estava só, explorava e analisava os alimentos, cheirando-os e provando-os, explicitando uma indisfarçável desconfiança a respeito de tudo e de todos.

Sentia que os seus passos eram vigiados e controlados por algo ou alguém. Tinha a sensação de que os colegas conspiravam contra ele e achava que os próprios pais eram figuras sinistras das quais se tinha de defender.

Foi então com algum custo internado em instituição psiquiátrica.

Contou-nos, durante o internamento, que lia, claramente, nos olhos da mãe a expressão da maldade, ou melhor “a força de qualquer coisa” destinada a fazer-lhe mal. Precisando um pouco melhor, achava que o azul da íris dos olhos da mãe emitia evidentes sinais da presença de forças do mal; era certamente o diabo que se servia deste meio para se manifestar. Várias vezes, nos dias que precederam o internamento, António investiu, subitamente, contra sua mãe, carregado de ameaças e gestos insultuosos. Duma das vezes chegou mesmo a pegar numa faca de cozinha que apontou aos pais disparando frases ameaçadoras. Embora com menor frequência o pai e a irmã eram também vítimas destas situações.

O relógio de parede que estava no refeitório da enfermaria enviava-lhe sinais premonitórios, através das badaladas que soavam na sala, de algo estranho e sinistro que iria ditar o seu futuro. Em todo o lado distribuía risos despropositados e experimentava a sensação de que toda a gente partilhava da vida tumultuosa que pairava na sua consciência. Tinha a convicção de que os seus pensamentos eram “trocados” durante a noite. Os próprios sentimentos eram orientados e conduzidos por forças perante as quais o paciente era um receptor indefeso.

Começou enfim a melhorar passadas algumas semanas de tratamento.

Recebia seus pais e irmã com afecto, era simpático com as pessoas com quem convivia.

Ao cabo de um mês de internamento recebeu a visita de uma antiga colega de liceu, com quem anos antes havia tido uma fugaz relação afectiva, própria da adolescência que ambos então atravessavam. Nasceu entre os dois uma ligação afectiva que os conduziu ao casamento um ano depois.

Após o surto psicótico, intensamente florido, António prosseguiu a sua vida académica, pois a ideia de ser gestor não o abandonara. Todavia, a permanência na escola durou pouco tempo. Embora não apresentasse qualquer sintoma apreciável, sentia que não possuía capacidades mínimas que lhe garantissem sucesso no instituto que frequentava. Mas o pai dizia-lhe que nunca seria o patrão da fábrica se não tirasse o curso de gestão. Não consentia que o filho desistisse. A carreira académica desabaria de vez se não se mantivesse no instituto. E deixou-se ficar

mais algum tempo, mas, de facto, em vão. As matérias não lhe entravam e o ambiente começou de novo a ser-lhe hostil.

Regressou então à fábrica do pai, retomando o lugar que havia ocupado uns anos antes. Iria ser finalmente gestor, achava ele. E fazia questão em sublinhar esta sua diferenciação aos fornecedores e clientes que procuravam os seus serviços. Mas sentia que qualquer coisa pairava no ar que indubitavelmente o afectava. Não sabia o que era, mas não tinha qualquer dúvida que o que quer que fosse lhe entorpecia os movimentos internos e externos. Escondia porém estas experiências das pessoas, particularmente de seu pai.

Dois anos depois do casamento nasceu a filha (única) do casal. Foi um acontecimento aparentemente gratificante na vida do António. Serviu-se até dele para escapar ao pesado ambiente da fábrica que lhe continuava a emitir constantes sinais de ameaça; algo de muito estranho e sinistro continuava pairando enigmaticamente sobre a sua vida.

Em 1985 toda a sintomatologia antiga regressou. Desconfianças, agora estendidas à esposa (embora não versassem aspectos de fidelidade conjugal), pressentimentos de acontecimentos funestos e sentimentos de estar a ser vigiado à distância. Ouvia vozes zombeteiras com as quais falava, não raro era apanhado a trocar dos estranhos personagens que lhe falavam através de ondas electromagnéticas. Tinha frequentemente explosões de riso no decorrer destes diálogos. Na fábrica, as notas de serviço, ou os simples letreiros que orientam os circuitos no interior da empresa, continham mensagens a ele referidas. Algumas eram esclarecedoras. Uma das placas dizia: "Siga em frente". Este sinal apontava claramente para "a minha ascensão ao topo da hierarquia da empresa". Muitos gestos dos operários, especialmente as saudações que lhe faziam, eram entendidas como alusões à sua subida à categoria de gestor. Em todo o lado via provas e confirmações da mudança radical da sua vida profissional. A invasão do seu pensamento era permanente. Toda a gente adivinhava o que pensava e algumas das suas ideias a respeito de mudanças radicais na gestão da fábrica eram transmitidas em código pelos jornais e pela televisão. Os antigos professores do instituto aproveitavam, sem dúvida, as suas avançadas ideias sobre gestão.

Opunha uma tenaz resistência à tomada de medicamentos e muito mais ainda a um eventual internamento.

No entanto, acabou novamente por ser tratado numa instituição psiquiátrica; três meses mais tarde quase não tinha sintomas produtivos; os delírios persecutórios e de influência esbatiam-se de forma significativa. Porém, passava dias e dias absolutamente parado, olhando as paredes numa espécie de distração permanente. A ressonância emocional em relação aos acontecimentos (mesmo os que diziam respeito ao seu estado actual) era quase nulo. A esposa surpreendia-o frequentemente a rir-se sozinho. Dizia coisas sem nexos, frases entrecortadas, palavras avulsas sem qualquer sentido, interrompendo compridos silêncios em que parecia perdido. Passava longas horas absolutamente imóvel e desligado de tudo ao seu redor.

Com o arrastamento da situação e à medida que a personalidade se ia desagregando a relação conjugal caminhava para o esgotamento.

Em 1989 divorciou-se por mútuo acordo. Este acontecimento não lhe causou grande consternação, nem mesmo o facto de sua filha ficar, face às alterações comportamentais do António, à guarda da mãe.

Em 1996, a irmã, que entretanto havia suspenso o curso de filosofia que frequentava, com o intuito de ajudar o pai, morre num acidente de viação. Reagiu a este fenómeno de forma fria e distante. Durante a juventude sempre cultivara uma estreita relação com a irmã.

Personalidade prévia

Até ao início da enfermidade António tinha uma personalidade ajustada, sem qualquer traço que indiciasse qualquer problema psiquiátrico. Criança feliz na escola primária e no liceu, apto a estabelecer relações fáceis e estáveis com os colegas e professores. Atravessou, como já foi dito, toda a adolescência sem problemas, integrando adequadamente valores morais, sociais e psicológicos próprios da sua idade.

Personalidade das figuras significativas

O pai é um homem inteligente, trabalhador, com elevado espírito de iniciativa, muito confiante, pragmático e de contacto fácil. Industrial bem sucedido, sensato na gestão dos assuntos de família, designadamente na questão relacionada com a doença do filho.

A mãe, licenciada em direito (com sucesso na profissão), é uma pessoa afectiva, sensível, tímida, de colorido levemente introvertido.

A irmã manteve sempre uma óptima relação com o António. Mesmo durante os períodos críticos da doença, esforçava-se por compreender e aceitar os desvarios e as singulares e estranhas atitudes do irmão.

Tratava-se duma personalidade sintónica, alegre e de contacto agradável.

Todo o ambiente familiar era, portanto, saudável e harmonioso.

Revisão do caso clínico ao sexto ano de evolução da doença

Mantém-se o processo desestruturante da personalidade e o paciente caminha, sem retorno, para o vazio existencial e para a *cristalização* dos comportamentos.

Análise psicopatológica

Logo no primeiro surto psicótico encontramos um conjunto de sinais clínicos e sintomas de 1ª e 2ª ordem (Kurt Schneider) que suportam o diagnóstico de esquizofrenia. Toda a evolução subsequente confirma que estamos em presença dum quadro processual que seguiu, apesar do tratamento, o caminho natural da desagregação da personalidade.

A psicopatologia produtiva tinha, de facto, recortes fenomenológicos de evidente colorido psicótico. Recolhemos a título de exemplo os seguintes: humor delirante, percepções delirantes, difusão do pensamento, delírios persecutórios, delírios de influência, delírios interpretativos, alucinações funcionais, sintomas catatónicos, etc.

No plano do conteúdo poderemos detectar alguma continuidade de sentido em largas partes da história.

Mas, no plano da forma, confrontamo-nos com evidentes rupturas dessa mesma continuidade e, portanto, mergulhamos na escuridão da total incompreensibilidade (Jaspers).

Análise existencial

António tinha um projecto de vida no plano profissional, que, em boa verdade, havia sido traçado por seu pai: tirar um curso de gestão para mais tarde o substituir na direcção da empresa de família. Adoptou este projecto como seu e tudo fez para o perseguir e alcançar. Só com a obtenção do respectivo diploma do curso, tinha condições para assumir o encargo que o pai lhe reservara. Malgrado academicamente o projecto, o paciente retomou o seu lugar na fábrica, onde pela via psicopatológica, redesenhou outro caminho para o obter. Não obstante não lhe serem atribuídas responsabilidades de gestão e, sem a respectiva habilitação académica para tal (como era exigência do pai), António sentia, das mais diversas formas, que afinal o seu destino era gerir brevemente (horas ou dias) toda a empresa. Lia este desígnio nos vários sinais que o ambiente continuamente lhe transmitia. O paciente acabou por encontrar na via psicopatológica (no delírio) o modo capaz de compatibilizar o que, em princípio, era incompatível. Assumir a gestão sem ser gestor e sem seu pai autorizar tal movimento. Era e não era a um só tempo gestor da fábrica.

Na consciência do António só existe um propósito: adquirir a gestão da empresa; tudo à sua volta se deverá adaptar à obtenção deste desiderato. Porém, não fecha de todo a hipótese de concretização do projecto. Seu pai não o deixa ser gestor. Ele quer e muita gente quer, mas ao mesmo tempo não pode. A tensão que resulta deste mecanismo antagónico acaba por arrastar inevitavelmente o processo.

O projecto afectivo desenvolveu-se durante todo o acontecer clínico da primeira crise. É certo que culminou no casamento e na vinda de um filho, mas nunca teve a força daquilo que arranca dos fundos irracionais do acaso e da espontaneidade. Foi

qualquer coisa que nos pareceu partir de fora, sem as amarras firmes da atracção e sem a irracionalidade indomável do desejo. Quando acabou, também não provocou grande tumulto, nem ocasionou qualquer reacção psicológica significativa. Dir-se-ia que acabou como começou.

Uma questão legítima face à análise da história a equacionar era a seguinte. Se o rapaz tivesse tido sucesso académico; se a sua vida fluísse sem sobressaltos no palco escolar; se tudo tivesse enfim corrido como o pai havia programado e imposto, a doença não teria oportunidade de se manifestar? Só encontramos uma resposta válida para este problema: voltar com a vida atrás e operar uma de várias soluções. Ou o pai desinvestia no projecto que havia desenhado para o filho. Ou arranjavamos maneira do filho ter sucesso. Ou orientávamos o filho para a procura dum projecto compatível com os seus argumentos vitais, anímicos e espirituais. Depois, bom depois, ver-se ia o que acontecia; provavelmente o nosso António continuava a ser esquizofrénico.

Análise topológica e configuracional

No final do curso secundário a dinâmica topológica do campo vivencial começou a alterar-se de forma significativa. Aumentou a tensão no interior do campo, por aumento da pressão da família impondo sucesso académico em relação ao projecto proposto. À sua volta começaram então a imiscuir-se barreiras concêntricas, que, por pressão oriunda de fora, apertavam o campo vivencial estreitando mais e mais o caminho de saída. Desta dinâmica decorre a queda da liberdade, forçando o paciente a acantonar-se numa nesga defensiva no interior do campo. Com o aumento da tensão, sobem as dificuldades, sobe a apreensão e continua o estreitamento com a inevitável privação da liberdade. Uma solução se torna inevitável. As forças tensionais agigantam-se e exigem-na. Algo de iminente virá e reporá o equilíbrio. A espera é angustiante. O caminho, cada vez está mais apertado pelas forças do campo vivencial comprimido, conduz ao alívio iminente. No algo que está para acontecer (iminente) estará a desejada solução. Solução que pode ser de triunfo ou de derrota, mas apesar de tudo solução.

O humor torna-se expectante, apreensivo, rigidamente vigilante, impondo ao ser uma espécie de procura atormentada e inquietante. Conrad deu a esta fase o sugestivo nome de *trema*. É evidente que as vivências que caracterizam o *trema* são coloridas de angústia; esta será maior ou menor de acordo com a expectativa de êxito que a solução encontrada trará. Em todo o caso, seja qual for o resultado da referida solução, sediada no tal iminente que estará para acontecer, vitória ou ruína, o ser encontra sempre nela o desejado alívio. As forças tensionais finalmente desfazem-se, esboroando-se no tal equilíbrio; mórbido embora, mas equilíbrio. Enfim, o caminho alarga-se até ao infinito, finalmente está desimpedido e as soluções multiplicam-se nos terrenos da alienação.

A luz torna-se clara, as coisas adquirem significados luminosos e do centro da existência emerge enfim aquilo que no fundo se vinha desenvolvendo nas entranhas da tensão acumulada, o delírio. Aquele livro especial que encontrara na montra duma livraria "Gestor num minuto" era a chave que finalmente abriria as portas do enigma. Num minuto ou em anos de estudo. As duas temáticas contrárias permaneciam simultaneamente na consciência por longo tempo. Os minutos prolongavam-se, arrastavam-se laboriosamente; porém os anos contraíam-se brutalmente em instantes esmagados.

Mas, se no plano do conteúdo do pensamento, ainda é possível detectar alguma continuidade de sentido, alguma compreensibilidade face ao acontecer histórico da pessoa, alguma coerência, se bem que forçada, no encadeamento das vivências, já no plano estrutural encontramos abismos intransponíveis no terreno da compreensão, verdadeiras rupturas formais das vivências e que se estendem em profundidade por toda a produção psíquica. É como se as gretas da crosta duma broa de milho se estendessem em profundidade por todo o miolo. O livro "O gestor num minuto" foi posto na montra da livraria para o paciente. As saudações dos operários constituíam sinais inequívocos da sua promoção a gerente da empresa. O azul da íris dos olhos da mãe abrigavam subitamente as forças do mal. O paciente sabia e sabe exactamente que é assim e não entende como os outros não entendem isso. Jaspers consagrou este fenómeno com a expressão "consciência de significação anormal"; Grulhe com a expressão "estabelecimento de relação sem

motivo” e Conrad com a palavra *apofania*. O paciente capta o estranho significado (estranho para o observador, bem entendido) de forma simples, elementar, directa. Tão directa, repitamo-lo mais uma vez, que o paciente não percebe como os outros não percebem. Daí não ser possível dissuadir o doente com argumentos lógicos. A vivência apofântica é tão certa, tão categórica, que está por detrás de toda a lógica. É a verdade das verdades.

No princípio da nossa história os sinais apofânticos impregnavam sobretudo o mundo perceptivo: os letreiros na fábrica, o livro exposto na montra, o azul da íris dos olhos da mãe. Mas rapidamente a apofania se estendeu ao resto escondido do campo vivencial, tingindo todo o mundo interior do sujeito desde o sentir ao pensar desde o querer ao decidir: os seus pensamentos estavam expostos e eram do conhecimento das outras pessoas; os pensamentos, as diversas representações e os sentimentos eram manipulados por forças exteriores.

Referimos em cima que pelo menos no que ao conteúdo diz respeito ainda é possível encontrar uma continuidade de sentido. Às vezes um sentido estranho, mas um sentido. A universidade era vivida como universidade, a fábrica como fábrica, mesmo o cargo de gestão como aquilo que realmente é – mandar, orientar, dirigir. Já no que à forma diz respeito, é difícil encontrar continuidade de sentido nas vivências delirantes primárias. Isto é, todos ou quase todos os fenómenos descritos na história do António são passíveis de serem relacionados com vivências passadas ou presentes, quer dizer são portanto compreensíveis geneticamente (Jaspers). Porém, não se descobre qualquer sentido ou significado para o facto de tais estados existirem; isto é, podemos compreender (e no caso vertente compreendemos em largos períodos), a temática do delírio, todavia não compreendemos o facto do indivíduo delirar ou alucinar.

Com o evoluir da enfermidade e com as constantes incompatibilidades entre as vivências do paciente e o mundo exterior, surge uma espécie de luta pela sobrevivência da nova e fantástica realidade. O doente gasta-se nesta luta interior sem tréguas, consumindo todos os recursos, até chegar a uma espécie de empobrecimento, estado no qual a forma apaga os conteúdos, rompendo-se de todo a continuidade de sentido. Surgem então aquilo a que Conrad chama as imagens

assintáticas, já caóticas e sem qualquer sentido real. Entramos numa nova fase a que Conrad chama *apocalíptica*, na qual o vazio existencial constitui a característica mais importante. O espaço vivencial caminha para a desconfiguração, os sintomas catatónicos irrompem, a linguagem desagrega-se e, nas formas muito avançadas, não passa de um conjunto de emissões verbais, de natureza apenas formal e sem qualquer sentido prático apreciável.

No caso do nosso doente algumas (escassas) manifestações catatónicas apareceram tardiamente. O paciente permanecia absolutamente imóvel longas horas. Parecia como que perdido, numa postura estática, emitindo pontualmente frases sem qualquer sentido e palavras avulsas semeadas no meio de prolongados silêncios.

MIGUEL

Frequentava em 1995 o Curso de Direito da Universidade Católica.

Mais ou menos a partir de Novembro começou a andar triste, cabisbaixo, pouco falador e com tendência ao isolamento. Passou a ter um comportamento algo fugidio, faltava frequentemente às aulas, deixou praticamente de se interessar pelos assuntos académicos e distanciou-se progressivamente dos colegas e da vida universitária.

O Miguel dizia que qualquer coisa não estava bem nele, talvez uma doença o estivesse a afectar, mas nada sentia que fundamentasse tal ideia. Andava tenso, apreensivo, estranho. Experimentava um surdo sofrimento, que descreve como um abatimento fundamentalmente físico, mas também psicológico, uma pressão no peito e no ventre que o levava frequentemente a suspirar, uma angústia “pesada”, uma grande inquietação que o impedia de assistir às aulas, pois não estava bem em lado nenhum. Não compreendia nada do que se estava a passar, o que lhe provocava uma espécie de curiosidade em relação ao futuro imediato; em todo o caso, sabia, sem dúvida, que algo de importante o percorria de lés a lés, atravessando, por inteiro, o fundo da sua existência. Uma vez, valorizava certos episódios domésticos que recentemente tinham ocorrido lá em casa e achava-os pouco

esclarecidos e algo enigmáticos; outras vezes, fazia rodar a sua atenção para o quotidiano da vida na faculdade, isolando certos eventos que, subitamente, se revestiam de uma tal importância que deixavam o próprio Miguel surpreendido com o valor que alguns acontecimentos passavam a ter.

Sentia também uma ténue culpa, porque a sua vida académica se arrastava penosamente; já podia estar quase no fim do curso e ainda frequentava o primeiro ano; achava-se responsável pelo desinteresse que experimentava em relação a tudo e também, evidentemente, em relação aos estudos.

Abandonado a si próprio por opção, começou a experimentar uma espécie de arrefecimento do ambiente à sua volta, particularmente sentido em relação ao ambiente humano, mas também ao ambiente material. O próprio ar que respirava lhe parecia pesado, mas não era um peso ponderal, mas sim uma densidade que não sabe definir. Aqui e além manchas de hostilidade estendiam-se ao seu redor, amortalhando as suas relações com a família e com os amigos, que, sem dúvida, alguma coisa tinham contra ele. Uma vez, no cinema, teve de abandonar a sala atabalhoadamente no meio do espectáculo, forçando com alarido a sua passagem por uma fila de cadeiras, pois não suportava mais o desconforto de estar situado no meio de "território inimigo".

A namorada, colega com quem estabelecera uma relação afectiva desde há três anos, era a única pessoa em quem confiava abertamente (na expressão do paciente), mas a partir de certa altura, mais ou menos de há dois anos para cá, uma transformação algo surpreendente (expressão do doente) se começou a operar nela, levando-o a isolar-se mais e a evitar encontros que quase sempre terminavam em atitudes acusatórias por parte do Miguel.

A atmosfera ao seu redor adensava-se mais e mais e a penumbra pesada e escondida que o fustigava de forma subtil, provocava-lhe um profundo sentimento de impotência. Contudo, não desistia de tentar esclarecer-se no reduto íntimo da sua consciência. A esperança de encontrar a verdade avivava-se em certas ocasiões para logo depois se desvanecer. Tinha de saber a verdade, e, com o propósito de a descobrir, abandonou a casa dos pais e foi-se refugiar junto de uma tia solteira, com quem, aliás, passara na adolescência longas temporadas. As relações com a tia

rapidamente se deterioraram. Achava que também ela tinha alguma coisa a ver com o que com ele se estava a passar. Era preciso andar depressa e indagar. Começou então a castigar a namorada com perguntas, algumas das quais eram tão estranhas na formulação que a rapariga tinha muita dificuldade em responder. Tratava-se duma jovem serena, boa-aluna, sempre disposta a compreender os sucessivos insucessos do Miguel. Chamava-lhe muitas vezes a atenção para o seu escasso empenhamento para as coisas académicas. Frequentemente os diálogos terminavam em conflito, e, não raras vezes, o rapaz tinha ataques de fúria. Depois mostrava algum arrependimento, dizia à namorada que era a única pessoa com quem poderia falar, mas essa trégua durava cada vez menos. Um dia, na primavera do ano seguinte, e durante um passeio que ambos faziam nos jardins da Faculdade, aconteceu o seguinte. A namorada, de forma calma, censurava a distância que o Miguel teimava em manter em relação não só ao estudo, mas também em relação aos amigos e até em relação a ela própria. Passavam pelo jardim alguns colegas que os cumprimentavam com um sorriso. Tratava-se dum espaço acolhedor e calmo. Era geralmente aproveitado pelos estudantes para convívio, para passeio e para leitura. Subitamente, o rapaz volta-se para ela, recua um pouco, põe as mãos no rosto contraído, como que a esconde-lo e exclama aterrorizado:

- Já sei tudo! Andaste-me a enganar estes anos todos! Tu és o diabo! O diabo! O diabo!...

E recuava mais um pouco, amedrontado. A rapariga, também ela assustada, procurava, em vão, acalmá-lo, dizia-lhe que o acompanhasse, iriam nessa mesma tarde a um médico, talvez tudo isto que lhe estava a acontecer fosse fruto dum esgotamento. Enfim, multiplicava-se em argumentos, mas não conseguia aproximar-se dele. A cena, entretanto, provocava a curiosidade de estudantes que ali circulavam. Miguel trespasssou-os com o olhar e rapidamente os feriu também a eles com as mesmas invectivas:

- “Mafarricos, mafarricos...”

Eles eram cúmplices de tudo, eram agentes infiltrados na escola ao serviço

*deles*²⁴⁷, gritava o Miguel. E correu de pronto para longe, sumindo-se no bairro envolvente da escola.

Nesse dia não apareceu em casa da tia, vagueou durante toda a noite pela cidade e, na tarde do dia seguinte, procurou a namorada em casa dela. O primeiro contacto parecia excluir qualquer repercussão do que acontecera na véspera, mas, de pronto, a namorada-se transfigurou aos olhos do Miguel. Era o diabo. A rapariga vestia na altura uma camisola amarela. O rapaz, de dedo em riste, apontava-lhe para o peito, cravando-lhe os olhos furiosos. Depois, severamente, acusou-a de ter vestido aquela camisola amarela. Amarela repetia, não era branca ou castanha, mas sim amarela! Era sem dúvida um sinal do diabo. Era amarela, cor do fogo, cor do inferno. Ele sabia que aquela peça tinha “coisa”. Depois de a ter agredido fisicamente, abandonou a casa disparando de novo a mesma injúria:

-Tu és o diabo, o diabo, agora é que eu percebo!...

Com muita dificuldade foi então conduzido à nossa consulta tendo sido internado numa clínica psiquiátrica.

No corredor, diante do seu quarto na clínica, decorava a parede branca um pequeno crucifixo. Por qualquer razão a cruz estava ligeiramente inclinada. O paciente imediatamente estabeleceu uma relação entre este facto e o seu caso. As forças do mal haviam inclinado o Cristo, avisando-o (a ele) que não valia a pena fugir; “eles estavam ali”. Um homem que veio visitar o seu filho também internado na mesma clínica, cumprimentou ambos, dando um beijo ao filho e saudando o nosso paciente levantando a mão direita. Tal facto confirmou claramente que “eles” iam em breve actuar. Os médicos que visitavam os respectivos doentes na clínica tinham um conhecimento perfeito de tudo e preparavam os pacientes para a conspiração que se urdia contra ele. Na sala de convívio jogava-se o dominó. Um doente colocou uma pedra na sequência (presume-se que certa) e diz em voz alta: - Quina. O nosso doente prontamente achou que estava lançada a senha da sua sorte. “Eles” levariam mais cinco dias a montar toda a intriga.

²⁴⁷ Nota: muitas vezes no delírio o agente de projecção delirante é impessoal; daí o emprego frequente de expressões como: *ele... eles.*, sem qualquer ligação a um sujeito ou sujeitos concretos.

Personalidade prévia

Saudável até se ter manifestado a doença. Tratava-se dum jovem inteligente, alegre, bom companheiro, de contacto fácil, humor sintónico. Bom aluno até ao eclodir da enfermidade.

Personalidade das figuras significativas

O pai assume-se como o chefe de família, sem contudo anular os demais membros debaixo da sua autoridade. É até afectivo, muito preocupado com o filho, crítico em relação à sua doença, sempre pronto a colaborar no seu tratamento.

A mãe reduziu a sua vida à questão do Miguel. Não trabalha fora de casa, aproveitando esta situação para acompanhar o filho em permanência, companhia aliás que o Miguel requisita constantemente. Tal como uma irmã solteira (tia do Miguel), com quem toda a família tem uma relação muito próxima (incluindo o paciente), assume na vida uma postura tipicamente doméstica, relativamente passiva, mas carregada de fé e de esperança; daí a sua pouca crítica em relação à doença do filho, achando sempre para cada singularidade do comportamento, por mais bizarra que seja, uma causa concreta nos eventos que compõem no dia a dia a vida do Miguel.

Revisão do caso clínico ao sexto ano de evolução da doença

Atravessa presentemente um período relativamente calmo, sem psicopatologia produtiva, ensaiando até um tímido regresso à convivência e, por consequência, à vida normal.

Análise estrutural do campo psíquico

Início da fase apofântica.

Um jardim duma faculdade onde o Miguel se arrastava penosamente no plano académico. A namorada a progredir no curso de direito, tal como os colegas que na

altura se cruzavam com o jovem casal no jardim. A consciência do insucesso e o sentimento de inferioridade, contrastavam com a serenidade e até a alegria (espelhada no sorriso de saudação de quem o cumprimentava) dos companheiros que passavam. A paz que pressente existir nos outros fere-o a ele, carregado de desespero, de tensão interior e de angústia. Olha para a sua namorada e vê-a calma a tentar convencê-lo a tratar-se. Toda a sua atenção se focaliza neste fenómeno. De súbito, estes contrastes isolam-se de tudo o resto e assumem uma nova particularidade: ganham de facto uma nova expressão, tocada pelo estigma da inautenticidade, da farsa ou de algo ensaiado. Ou seja, a alegria dos outros contrasta com o seu desespero, a paz que se vive nas figuras que cruzam o jardim, incluindo o próprio espaço externo a si, onde tantas vezes havia sido feliz em tempos passados, opõe-se à sua tensão interior; numa palavra, a serenidade de fora desafia a expectativa angustiante que emerge da sua interioridade. Desta forma, os factos tocados pelo inautêntico, põem-se em relação com a consciência que vivencia tais fenómenos, isto é, os factos (agora vivenciados como inautênticos) estão relacionados com o sujeito. A partir daqui o paciente passa a ser o foco de referência para quem se simula. Estamos então diante daquilo a que Jaspers chamou "consciência de significação anormal" e Gruhle "estabelecimento duma relação sem motivo". Isto é, o ambiente do jardim e as cenas relatadas na história foram vivenciadas de forma apofântica. É claro que os fenómenos perceptivos têm, numa forma geral, todos os requisitos que caracterizam a percepção normal. No nosso caso, o jardim, as árvores, a namorada, os sorrisos, as palavras, formam conjuntos apreendidos com integridade. Ou seja, visto o fenómeno pelo lado exclusivo da percepção, tudo é autêntico e captado como tal e não como, por exemplo, seria captado um cenário onde tudo é artificial e ilusório e também como tal apreendido pelo sujeito. Um cenário tem certas qualidades que mobilizam o juízo de realidade dando ao percebido um carácter de objecto justo (Jaspers). Mas, o que acontece é que há uma espécie de um saber indiscutível a respeito da inautenticidade sem que o sujeito precise de dispor de um único argumento que suporte aquele saber. Diariamente cada um de nós se confronta com inúmeras situações nas quais o que se apreende é, num primeiro momento, guardado no armário dos saberes, e, num segundo momento, rejeitado e atirado para fora pela

janela dos enganos. Tomemos um exemplo: um professor diz no início da aula que vai fazer um teste oral aos alunos. Aqueles que eventualmente não estudaram ficam preocupados face à possibilidade de virem a ser chamados. O mestre volta-se para uma fila de alunos e diz: - Você aí. Todos (ou alguns) ficam com a impressão de que o azar lhes bateu à porta, especialmente aqueles que, face às circunstâncias, estão mais inseguros. Levantam-se vários alunos, julgando, cada um por si, ter sido o contemplado com o respectivo teste. Depois, o professor aponta com precisão o aluno escolhido. Todos os outros corrigem a “relação de sentido” que haviam estabelecido e emendam o “sistema de referência”; isto é, voltam atrás no juízo que formularam, ou seja mudam o saber que momentaneamente detinham. Conrad de uma maneira feliz, escreve: “neste instante eu saio até certo ponto de mim mesmo e coloco o outro no posto que eu havia tomado”. Numa palavra: “isto não se refere a mim” e, portanto, eu ponho imediatamente o outro no lugar que eu havia ocupado antes. É o que exactamente não se passa na vivência apofântica. O sujeito detém o saber e este é de todo indestrutível. É mais do que um saber, é uma convicção que argumento algum pode pôr em causa.

O nosso paciente vê na camisola de cor amarela da sua namorada um sinal do inferno. Aquilo é com ele. É a prova provada do que lhe está a acontecer e não consegue, na expressão de Conrad, a “transcendência necessária para dar conta do seu erro”²⁴⁸. Rapidamente a apofania se apodera de modo progressivo de todo o campo vivencial, particularmente na sua vertente externa. Porém, alguns elementos do campo vivencial reivindicam o exclusivo da atenção. Daqui resulta, por um lado, um desequilíbrio ainda mais evidente no interior do campo, e, por outro lado, uma inevitável desfocagem dos restantes elementos do campo, tornando a relação entre os diversos componentes assimétrica, e, em muitos casos, catastrófica mesmo.

RICARDO

Nasceu em 1960.

²⁴⁸ Conrad, K. (1963): *La esquizofrenia incipiente*, Op. cit., Pg. 67.

Filho (único) de uma família da classe média baixa, o pai tinha um modesto comércio de aldeia. Em casa viviam também os avós maternos, que eram pequenos lavradores e uma tia solteira, irmã da mãe. Foi uma criança saudável, não teve doenças dignas de registo até à vida adulta.

Aos dez anos morreu-lhe o pai com uma enfermidade cardíaca. Foi um período turbulento na vida do pequeno Ricardo. A sua casa foi transformada numa espécie de local fúnebre por alguns anos. Havia velas acesas e flores de predomínio roxo (lírios e violetas) por todo o lado. Ainda hoje estão vivos nas paredes resquícios daqueles tempos soturnos; oratórios e santinhos constituem a decoração predilecta do lar. Todos os dias, particularmente à noite, as rezas cobriam intervalos sem fim, com ladainhas monocórdicas e lúgubres que o Ricardo recorda com um sentimento misto de saudade e de repúdio. Os avós e a mãe obrigavam-no a acompanhar as orações pautadas pela voz melancólica da tia Celeste. As Avé Marias repetiam-se sem fim ao ritmo do terço. As contas do rosário saltavam nos dedos da Celeste, tal qual a casca esventrada dos tremoços saltava dos dedos da avó ao Domingo à tarde. Era o dia aprazado do descanso e da cavaqueira entre vizinhos. Era também o dia aprazado da caça de lendeas e piolhos nas cabeças das velhas e das crianças. As três mulheres, sentadas na soleira da porta da cozinha que abria para o quinteiro, disputavam entre si a cabeça do Ricardinho empastelado no colo de uma delas. Também é com um misto de saudade e de algum repúdio que puxa para a memória os longos e lúgubres suspiros da avó, naquelas doces tardes de Domingo em que a sua cabeça dormitava afundada no amplo seio da velhota. A intervalos cadenciados pelo sucesso da caça (lendeas e piolhos) a criança era sacudida pelo júbilo da velha que com voz firme exultava: “Há loba, matei-te!” E matava mesmo! O Ricardo mantém ainda nos seus ouvidos, bem vivo, o estalido seco que saltava das unhas da avó quando o parasita era esborrachado no quebra nozes em que às vezes as mãos humanas se transformam, ou pelo menos se transformavam até aos anos setenta; hoje são mais raros estes quadros domésticos. Mas à noite, invariavelmente a criança entregava-se aos anjos, embalada nas orações que escorriam lentas de todas as bocas, cadenciadas por um automatismo monocórdico, embora muito mutiladas pelos suspiros e pelo torpor, ingredientes tão presentes naquelas noites de

inverno como a lenha a arder na lareira da cozinha. Depois da morte do pai o Ricardo disputava a cama da mãe com a cama da tia e às vezes dos avós, forçando o avô a dar meia volta para um sofá na sala. No início da adolescência o Ricardo ainda tentou sacudir-se da pesada melancolia que escurecia com ferrugem mística todo o pesado ambiente de sua casa.

Tivemos a sorte de falar com a professora primária do Ricardo. Contou-nos que se tratava duma criança muito tímida e insegura subserviente em demasia, apagada, com dificuldade em partilhar os tempos, os espaços e as coisas com as outras crianças. Tentou várias vezes falar com a família do Ricardo. A mãe e a tia eram beatas intransponíveis. O avô era um velho simpático, parecia compreender, porém vivia amortecido nas malhas místicas da família. A avó não tinha espaço decisório, como era vulgar no Portugal rural daqueles tempos. O pai, mal o conheceu, mas parecia-lhe a figura mais independente e “escorreita” da família.

Recorda-se, que, ainda no tempo do pai, a mãe era acometida dumas “aflições”, acontecimento que, pelo seu tom espectacular, mobilizava às vizinhas, que, prontamente, diagnosticavam o mal e propunham soluções que invariavelmente passavam por mais umas velas e umas tantas Avé Marias. Depois da morte do pai estas “aflições” perderam em expressão o que ganharam em frequência, tornando-se, portanto, menos extravagantes. A tia, mais “alinhada” e de personalidade “mais firme” na opinião da professora, participava destas crises zelando pelo desafogo espacial da irmã, enxugando-lhe o rosto suado com o avental que depois transformava em leque, sacudindo-o vigorosamente ao redor do peito e da fronte.

O comportamento do Ricardo no liceu não se alterou muito. Manteve a timidez e a insegurança. Com os poucos amigos que ia fazendo estabelecia uma relação de dependência. Alcançava algum êxito escolar, embora à custa dum grande empenhamento pessoal e da família. O garoto passava todos os fins de tarde ligado aos livros e, a partir do natal, como geralmente as notas eram baixas, a tia Celeste arranjava-lhe explicações às disciplinas negativas. Lá ia avançando academicamente, embora tivesse repetido o 9º e por duas vezes o 12º ano. O chumbo no 9º ano foi vivido lá em casa como um acontecimento funesto. Coincidiu com um período em que o rapaz tentava ganhar o seu próprio espaço, o que se

tornou para ele deveras difícil. Deixou de ir à missa, não participava no que restava do culto religioso doméstico, resmungava com a mãe e a tia, trocava as aulas por um bilhar que existia no caminho para o liceu, utilizava palavras menos próprias, tornou-se resmungão e teimoso. Mas o que mais desiludia a família era, de facto, o seu afastamento dos preceitos religiosos que imperavam naquela casa. É claro que o clima místico e supersticioso foi-se esbatendo com o tempo (a televisão ajudou a fazer esse milagre) e as novenas nocturnas foram, em quase todas as casas rústicas portuguesas, reduzidas aos terços no mês de Maria (Maio). Mas, nem nesta réstia de religiosidade, o jovem participava.

Contrastando com os suspiros colectivos que serviam de música de fundo à ambiência geral daquele lar, de forte colorido melancólico, o Ricardo andava nesta altura alegre e vivo, reivindicativo, exigente mesmo, muito mais virado para as coisas específicas da vida, não só no plano do comportamento, começando a relacionar-se com alguns rapazes mais velhos e a olhar com algum interesse o sexo oposto, mas sobretudo no plano do sentir e do pensar; as questões da liberdade, da sua liberdade em particular, as questões de Deus, as questões do amor, entre outras, passaram a ser as referências que mais mobilizavam a sua vida interior. Muitos conflitos nasceram então naquela casa; a mãe e a tia responsabilizavam a escola e a televisão pela má educação do rapaz. Os ralhos e os choros eram diários, os apelos à memória do pai constituíam sempre os pontos finais das discussões; o Ricardo irritava-se e fugia.

Em todo o caso, não guarda deste tempo uma memória muito desagradável. Pelo contrário, acha que embora andasse tenso e revoltado, experimentava com alegria e entusiasmo algo que não sabe precisar, mas que correspondia a uma espécie de desprendimento da família, condição básica para poder desamarrar-se, saltar para fora daquele lar e voar para a vida.

Certo dia, no auge duma dessas infindáveis discussões, a mãe, em altos gritos, disse-lhe desesperada que ele não era filho dela, não podia ser filho daquele santo lar, certamente teria sido trocado na maternidade onde nascera. Foi uma frase que marcou o Ricardo, não mais saindo da temática discursiva quando esta entrava abertamente pelos caminhos do descontrolo.

Apenas o facto do nosso jovem perspectivar, cada vez com mais intensidade e entusiasmo, a possibilidade de se ausentar daquela casa, o empurrava para algum (embora pouco) investimento académico.

Na escola tornou-se irritável, algo presunçoso, extrovertendo-se com facilidade, às vezes devassando mesmo o espaço dos outros, o que lhe provocou alguns dissabores. Os colegas achavam-no “nervoso” e “excêntrico”. Mantinha contudo uma certa alegria básica, embora não contagiante e quase sempre carregada de alguma tensão emocional.

Precisou de dois anos para poder entrar na universidade. Hesitou muito na escolha do curso. Por fim optou por engenharia química sem grande convicção.

Instalou-se no Porto, num lar universitário. Aos fins de semana ia geralmente a casa. A sua entrada no ensino superior havia acalmado um pouco os ânimos na família. Porém, as visitas eram frias e revelavam um certo desinteresse pelas questões domésticas.

Entretanto seu avô, já de avançada idade e, depois de se ter arrastado dois meses desligado do mundo, por acidente vascular cerebral, faleceu. Ricardo reagiu a este episódio de forma estranha. Não chorou, não revelou (externamente pelo menos) qualquer sinal compatível com o acontecimento funesto que o tocara, não obstante seu avô ser a pessoa do mundo a quem diz ter estado mais ligado. Com o avô, revela-nos hoje, partiu também aquele que o poderia esclarecer a respeito da possibilidade de ter sido trocado no hospital. No período em que o avô esteve enfermo, depois do acidente vascular, Ricardo praticamente não o visitou, facto que escandalizou a família e os vizinhos. No próprio funeral, surpreendentemente, o rapaz teve um ataque de riso, embora um parente afastado, com quem falámos, achasse que tal incidente teria acontecido pela grande instabilidade emocional do moço, pois ele ter-se-ia esforçado para evitar tal descontrolo. Pareceu, portanto, a este parente, que o Ricardo teve crítica em relação à inoportunidade do riso. Porém, alguns colegas tinham-no surpreendido várias vezes a rir-se sozinho e achavam que o Ricardo ultimamente andava mais excitado, fazendo transbordar uma alegria estranha, de todo incompatível com o estado de saúde do avô.

Regressado ao lar de estudantes, começou a mostrar sinais de desconfiança em relação ao seu colega de quarto, que expulsou da sua companhia acusando-o de conspirar contra ele. O colega era estudante de medicina e tinha sido posto ali, junto dele, no mesmo quarto, para o manter localizado e controlado. Ele sabia quem eram os seus verdadeiros pais, e, sem dúvida, fazia parte integrante de todo o plano que orientava sua vida. Sentia que estava a servir de cobaia a uma experiência médica que visava a transformação total das pessoas quando sujeitas desde pequenas a conviverem com outros pais.

A comida do lar era evitada. Achava que veiculava um produto que o poderia volatilizar. Por outro lado tinha dúvidas se este não seria o caminho ajustado para encontrar os seus verdadeiros pais.

O lar tinha um pequeno jardim. Ricardo, sentado num banco entretinha-se a encacarar pequenas madeixas de cabelo sobre a testa (tricotilomania). Depois, pinçava pelas pontas finíssimos feixes de cabelo que, em esticões vigorosos, tentava arrancar (era compelido a arrancar), deixando a área salpicada de sangue. Tinha-se multiplicado este comportamento nos últimos meses deixando, naturalmente os companheiros arrepiados quando assistiam à cena. Este e outros factos levaram os colegas a pedir auxílio aos responsáveis dos lares universitários, no sentido de ser feita alguma coisa para ajudar o Ricardo.

Bom, mas voltando ao banco do jardim, o rapaz ouvia com atenção, o cantar dum pintassilgo que saltitava na ponta dum ramo duma figueira. O cantar era “uma fala que trazia um esclarecimento e uma solução”. Tudo iria terminar em breve. Ele era descendente dos czares russos e não tardaria regressar à glória ancestral dos seus antepassados. A pura religiosidade dos tempos remotos tinha sido conservada naquela casa modesta, onde gente disfarçada de humilde, promovera a sua educação. Agora Ricardo estaria apto a poder transmitir ao seu povo “faminto”, não só a educação, mas também o saber espiritual.

Tudo lhe parecia radicalmente mudado. Tudo encerrava agora significados precisos e condizentes com os desígnios que lhe estavam destinados. O mundo tinha os olhos nele. Os colegas da residência sabiam tudo a seu respeito. Liam no seu pensamento. A TV emitia-lhe mensagens constantes. Estas eram veiculadas por

cenas de filmes, por frases soltas dum telejornal e até pela própria publicidade.

Acompanhava-o quase em permanência o sentimento de presença de seres estranhos e invisíveis à sua volta. Diz-nos mais tarde: eram seres semelhantes aos anjos, embora distintos destes, porque se trata de gente concreta que se desmaterializou. E acrescenta: “são pessoas como nós, eu toco-lhes, sinto o seu cheiro, oiço o seu barulho”.

Personalidade prévia do paciente e das pessoas significativas

As personalidades do Miguel e das pessoas que marcaram a sua vida foram descritas ao longo a história. Porém, sublinhamos aqui a força do ambiente cultural na modelagem, não só das personalidades, mas também, e talvez sobretudo, dos comportamentos. São realmente *formas de estar no mundo* que têm muito mais a ver com a fracção da circunstância²⁴⁹ do que com a fracção autónoma da pessoa que a personalidade pressupõe.

Análise topológica e “gestáltica”

Depois dum longo trema, o delírio surge de forma lenta e arrastada, sempre preso a acontecimentos fulcrais da sua vida. O “estabelecimento de relações sem motivo” aparece inúmeras vezes.

Em certas ocasiões desta história, é difícil separar, com algum rigor, a natureza das vivências. De facto, os comportamentos enraizados em tradições populares e de forte matiz cultural, imbricam-se com comportamentos ditados pela estrutura da personalidade e com outros provocados pela doença esquizofrénica. São fundamentalmente estes que nos interessam. E se explanamos a história desta maneira, servindo-nos dum pincel e de aguarelas para retratar as vivências do Ricardo, ensaiadas a um canto desse Portugal provinciano dos anos cinquenta e sessenta, é porque, pensamos provar, que ao longo de toda a desorganização

²⁴⁹ Nota: a palavra circunstância tem aqui um sentido não só de ambiência, mas também de pressuposto básico da personalidade, componente imprescindível para a afirmação do homem enquanto tal. Empregamo-la portanto no sentido de Ortega y Gasset.

“gestáltica” do campo vivencial, as figuras que sobem para o palco, inteiras umas, distorcidas outras, vêm vestidas com as roupas guardadas nos gavetões da casa onde o Ricardo cresceu. É assim que compreendemos muitos dos temas delirantes, mesmo os mais bizarros, que vieram preencher a vida do jovem psicótico. Num primeiro momento de observação psicopatológica, tudo nos pareceu sem sentido. Todo o conteúdo delirante parecia emergir duma corrente entrecortada de sulcos profundos impondo ao discurso quebras da continuidade de sentido.

Porém, numa observação mais atenta, conseguimos estabelecer alguns nexos compreensíveis (Jaspers) entre o acontecer delirante e o acontecer reactivo-vivencial presente e passado.

Mas, se apesar de tudo, descobrimos ao longo da história alguma coerência temática, isto é, se somos capazes de captar alguma compreensibilidade em relação ao conteúdo delirante, já em relação à forma de delirar não entendemos nada ou quase nada. Isto é, a compreensibilidade do facto em si mesmo de o Ricardo (ou todos os Ricardos do mundo nas mesmas circunstâncias), delirar ou alucinar escapa-se-nos de todo.

6.2.2 Extractos de histórias clínicas nas quais a experiência delirante, ou a experiência apofântica, quando existe, pode não corresponder ao adoecer esquizofrénico.

EXEMPLO DE UMA PSICOSE ORGÂNICA

Adriano, 62 anos, vem à consulta acompanhado da esposa e da filha mais velha. É pai de três filhos, todos casados e com as respectivas vidas estabilizadas. O paciente vive só com a esposa, com quem teve sempre uma vida regular, embora com as dificuldades inerentes aos escassos recursos financeiros. Porém, hoje até existe em sua casa alguma abundância, dado que os filhos, que estão relativamente bem, garantem um razoável nível de vida aos pais.

O paciente mostra-se colaborante, bem arranjado, simpático e, particularmente submisso em relação à esposa e à filha.

Segundo a esposa, o Adriano tem tido um comportamento estranho desde há

pelo menos dois meses. Dorme mal, levanta-se de noite, abre as gavetas para procurar papéis que diz serem muito importantes, retira tudo dos armários e depois ou não arruma nada, ou arruma de qualquer modo, acorda a esposa para lhe pedir uma antiga caderneta bancária e, como não encontra o que procura, entra em agitação e torna-se mesmo agressivo.

De nada valeu um tranquilizante que o médico de família lhe terá dado, e, na última semana, o paciente convidou insistentemente a esposa para, ambos, abandonarem o país, pois terão de fugir juntamente com os filhos para não serem julgados e presos.

Fala em dinheiros que estarão pulverizados por alguns bancos, que a família terá rapidamente de pôr a salvo, pois existe uma “seita” organizada para lhe retirar o dinheiro, da qual faz parte um seu antigo patrão. Acha que este senhor terá avisado a polícia da proveniência ilícita do referido dinheiro; acrescenta que o patrão o acusa de o ter roubado no tempo em que lá trabalhava, já lá vão uns anos. Numa destas últimas noites perguntou insistentemente à esposa se ela não tinha nada a ver com o patrão. Parecia-lhe ter visto o carro dele nessa tarde a rondar a sua casa.

Na manhã seguinte afirmava ter detectado o antigo patrão lá em casa, junto da esposa, ambos num quarto que havia sido da filha, pessoa que, aliás, o acompanhou à consulta. Chamou vários nomes à mulher, tentou agredi-la com um ferro de engomar e desatou a procurar o intruso por toda a casa. Depois, começou a chorar reivindicando a presença dos filhos. “Eles vão saber quem tu és”. E continua: “Vão saber a mãe que têm”. Quando os filhos chegaram, a pedido da mãe, encontraram o paciente calmo e sorridente. Nada disse aos filhos.

Desde há algum tempo que tem vindo a revelar, e, de forma crescente, alterações mnésicas importantes. Confunde os dias da semana, esquece-se do nome dos netos, faz à esposa perguntas absurdas a respeito de coisas do dia a dia. A última vez que foi ao barbeiro propôs-lhe a venda da casa onde vivia. Argumentou que tinha um grande negócio a fazer no estrangeiro e portanto interessava-lhe desfazer-se da casa. O barbeiro surpreendido, perguntou-lhe se ele havia comprado a casa ao senhorio. Adriano, com alguma irritação, respondeu-lhe simplesmente isto: “tudo é meu”.

A situação clínica tem-se vindo a agravar progressivamente, particularmente ao nível da memória e do juízo crítico.

Tratava-se dum homem cordato, humilde, trabalhador, incapaz de acusar a esposa de qualquer infidelidade, admirador do antigo patrão, com quem sempre manteve relações amistosas. Foi saudável até há cerca de um ano, altura em que lhe apareceu uma diabetes. Mais tarde começou também a sofrer de hipertensão. Presentemente está compensado de ambas as situações.

O exame psicológico revela-nos um homem com lacunas mnésicas, com períodos de desorientação temporal, espacial e situativa. Mantém íntegros os procedimentos sociais, o que disfarça o déficit intelectual que o vem minando.

Discussão psicopatológica

Sempre que na avaliação dum quadro clínico nos aparecem sintomas de origem orgânico-cerebral, toda a psicopatologia depressiva ou esquizofrénica passa para segundo plano. No caso vertente, surgem, de facto, sintomas delirantes de tipo persecutório, de tipo megalómano e de tipo certamente passional, mas brotam dum processo claramente orgânico, de provável etiopatogenia artereosclerótica, seguramente facilitada pela presença conjugada da diabetes e da hipertensão.

E porque não se trata dum quadro defectual secundário a uma eventual psicose paranoide em idade tardia? De facto, estamos diante dum síndrome psico-orgânico pelas razões seguintes:

- a) Há uma desintegração irreversível da linha histórico-vital do sujeito e não uma simples mutação do processo psíquico ou transformação qualitativa da linha histórico-vital.
- b) Os transtornos, provocados pela desintegração orgânica, afectaram sobretudo a inteligência e a memória. Se se tratasse dum defeito psicótico o déficit provocado pela mutação esquizofrénica residiria, fundamentalmente, no esvaziamento da afectividade e na anulação da vontade.

- c) O quadro orgânico é progressivo e tende sempre a piorar, como aconteceu no caso vertente. Se fosse um defeito psicótico, deter-se-ia num determinado estágio, o que de facto não se verificou.

EXEMPLO DE UMA PSICOSE TÓXICA

Tem 27 anos. Vem à consulta porque anda muito ansiosa, tem dificuldades em adormecer, sente-se sem paciência o que a leva a entrar com facilidade em conflito com os pais e namorado.

Interrompeu este ano o curso de desenho que frequentava, porque não obtinha qualquer rendimento e também não possuía o mínimo de motivação para continuar.

Os pais referem que Sara se recolhe no seu quarto horas a fio, deixa o namorado à espera de forma despropositada sem qualquer explicação, faz compras disparatadas, particularmente de vestuário que raramente veste, pois há semanas que anda sempre em pijama ou em fato de treino desportivo. Recusa-se a falar com os pais dos seus problemas. Estes e o seu único irmão, um ano mais novo, com quem sempre se deu muito bem, não percebem o que se passa, não encontram qualquer explicação para o comportamento muito estranho de Sara desde há três meses. O pai propôs-lhe procurar ajuda num médico, mas ela recusou liminarmente. Deixou de partilhar as refeições com a família, levanta-se a meio da noite para comer e é ela própria que confecciona os alimentos; aliás recusa comer qualquer coisa que não seja ela própria a arranjar.

Esta consulta, para a qual Sara foi forçada a vir, aconteceu na sequência dum agravamento severo do comportamento. Há três noites que não dorme. Numa destas últimas noites Sara subiu ao sótão da casa onde está instalada uma central doméstica de TV cabo. Cortou todos os fios pois não suportava mais ver a devassa que a televisão fazia à sua vida. Referiam-se a ela nos telejornais e, mesmo alguns filmes, eram projectados exclusivamente para ela, para que ela os visse e reflectisse sobre as mensagens que veiculavam e que lhe estavam destinadas. Recolhia de muitos programas e até de alguma publicidade, sinais a ela dirigidos, embora não soubesse precisar o sentido dessa referência.

O namorado, na sequência dos constantes conflitos e perante a recusa de ajuda, afastou-se. A partir de então, Sara passou a ver em todos os carros que à noite passavam na rua, sinais indiscutíveis que transmitiam mensagens do namorado.

Era frequentemente surpreendida a falar sozinha, respondendo a insultos que lhe eram dirigidos. Perante a estranheza dos pais que lhe diziam que nada ouviam, a doente reagia com violência acusando-os de estarem aliados com aqueles que lhe queriam mal e que, em voz alta, a insultavam. Como podiam os pais nada ouvir?

Numa das vezes insultou a mãe, acusando-a de ter misturado na comida uma substância visando anestesiá-la. Tinha, em diversas ocasiões, percebido na comida a presença de produtos esquisitos que, sem dúvida, eram lá postos para ela. Talvez para a hipnotizar. Sentia-os através dum gosto estranho que não sabe precisar. Sabe apenas que os alimentos manipulados pela mãe vêm afectados com os referidas produtos.

As poucas vezes que se apresentava na rua, ou simplesmente no jardim de sua casa, sentia-se notada e vigiada pelas pessoas com as quais cruzava o olhar. Um dia passou uma senhora diante dela com uma saca de compras nas mãos que ostentava uma publicidade a um super mercado. Aquele facto foi entendido como algo a ela especificamente dirigido. A senhora passou de propósito por ali para a atrair, para lhe prender a atenção, afim de que ela visse o sinal que o saco ostentava e que se contraía na palavra "pingo"; era sem dúvida uma agressão, um insulto intolerável; ela era um "pingo de gente", ou talvez viesse a ser reduzida a um "pingo humano insignificante".

Discussão psicopatológica

Se ficássemos por aqui na análise psicopatológica e fenomenológica deste caso, não restavam quaisquer dúvidas de que estávamos diante duma psicose esquizofrénica. Aqui encontramos delírios persecutórios, alucinações auditivas e gustativas, ideias de auto-referência e percepções delirantes. Encontramos portanto vários sintomas de Primeira Ordem (K. Schneider) que, de alguma forma, nos



garantem o diagnóstico.

Porém, prosseguindo o estudo deste caso apuramos o seguinte. Sara tem de si uma imagem profundamente desvalorizada. Acha-se gorda, recusa pesar-se pois teme ter ganho algum peso depois da última avaliação, a qual já ocorreu há bastante tempo. Frequentou em tempos a consulta de nutricionismo, mas sem resultados satisfatórios. Desde há cerca de um ano que toma anorexiantes anfetamínicos. E toma-os em doses altíssimas.

Apresenta um trémulo fino das extremidades, dores abdominais, amenorreia, leve desidratação, cefaleias, taquicardia, insónia e transtornos neuro-vegetativos.

Internada numa Casa de Saúde Psiquiátrica fez um tratamento de desintoxicação conjugado com a administração de sedativos, neurolépticos e apoio psicoterapêutico durante três semanas. Ao cabo deste tempo todos os sintomas psicóticos tinham desaparecido, restando apenas a desvalorizada imagem de si própria particularmente ao nível da imagem do corpo.

Tal como amplamente temos ilustrado noutras histórias clínicas também aqui abundam vivências apofânticas. E também tais vivências cumprem todos requisitos que definem a apofania. Assim, em relação à vivência apofântica externa encontramos nesta história:

- a) A consciência de significação vaga (Sara sentia que muitos objectos ao seu redor se referiam a ela, embora não soubesse precisar exactamente porquê; Ex: Recolhia de muitos programas e até de alguma publicidade, sinais a ela dirigidos, embora não soubesse precisar o sentido dessa referência).
- b) A vivência do posto (para além de saber que muitos objectos se referiam a ela também sabia que eles desfilavam diante de si para atrair a sua atenção; Ex: Um dia passou uma senhora diante dela com uma saca de compras nas mãos que ostentava publicidade a um super mercado. Aquele facto foi entendido como algo a ela especificamente dirigido. A senhora passou de propósito por ali para a atrair, para lhe prender a atenção ...)
- c) Percepção delirante (Sara arranca dos objectos percebidos um significado

muito específico a ela referido; Ex: A senhora passou de propósito por ali para a atrair, para lhe prender a atenção, afim de que ela visse o sinal que o saco ostentava e que se contraía na palavra “pingo”; era sem dúvida uma agressão, um insulto intolerável; ela era um “pingo de gente”, ou talvez viesse a ser reduzida a um “pingo humano insignificante”).

Porém, o facto de existirem vivências apofânticas não valida a presença duma esquizofrenia²⁵⁰. No caso vertente, encontramos uma etiopatogenia incontestável de natureza tóxica. A sua semelhança, no plano psicopatológico e também no plano fenomenológico, com a esquizofrenia, faz-nos pensar seriamente na tal *somatosis* que servirá de base etiológica à psicose esquizofrénica.

EXEMPLO DE UMA PSICOSE EPILÉPTICA

João, 18 anos, estudante de engenharia, vem à consulta acompanhado dos pais.

Desde há dois meses que apresenta um comportamento estranho, quer no seio da família quer no contexto da escola. Contam os pais que o rapaz se apresenta muito distraído, embora seja frequentemente encontrado absorvido nos seus pensamentos, prestando certamente atenção a qualquer coisa que só ele sabe, mostrando uma expressão reflectida, como que congeminando algo, por vezes falando sozinho, acompanhando com mímica expressiva o que verbaliza. Por vezes cheira intensamente o ambiente à sua volta, sugando com vivas contracções das narinas o ar ao redor, como que a certificar-se de qualquer odor que no momento parece experimentar. Irrita-se com muita facilidade; quando contrariado investe cegamente contra quem pensa que a ele se opõe, o que provocou uma reacção das autoridades académicas, na sequência dum incidente agressivo do qual foi

²⁵⁰ Fernandes, Azevedo. (1990): Temáticas e técnicas da existência na perspectiva de Hans Thomae para motivar a comunicação com os pacientes de esquizofrenia e seus familiares. Separata do “*Jornal do Médico*”, CXXVIII (2356), 515-525, Porto. Pg. 6.

Nota: a propósito dos erros de diagnóstico em relação à esquizofrenia escreve o Dr. Azevedo Fernandes: “ À saída do hospital psiquiátrico o paciente poderá ser rotulado com um diagnóstico erudito, mas os erros percebidos nas readmissões creio que vão a 30% nos melhores hospitais. Os 15 critérios para o diagnóstico das psicoses esquizofrénicas referido no volume «Weltverband für Psychiatrie» alertam para a complexidade. Se os doentes são mal estudados ... é quase pejorativo o rótulo de esquizofrenia”.

protagonista. Também em casa, há alguns dias, agrediu a irmã, sem qualquer explicação, de forma súbita e brutal, semeando o medo por toda a família.

Mostra-se desconfiado, isola-se, interrompe bruscamente conversas de terceiros, em casa ou na rua, acusando as pessoas de estarem a falar mal dele. Especialmente na rua estas cenas têm-se repetido com alguma frequência, interpelando uns e outros com excessivo à vontade, chegando a chamá-los com um nome próprio que não corresponde à pessoa em causa. À noite não tem sono, deita-se muito tarde, incomodando tudo e todos, abre e fecha frequentemente as janelas, deixa cair objectos, entra e sai continuamente da casa de banho.

Discussão psicopatológica

O paciente apresenta-se-nos distante, um pouco alheado de tudo que o envolve, porém, orientado no tempo, no espaço e na situação presente, quer em relação a si próprio, quer em relação ao ambiente circundante. Sabe que está numa consulta médica, aparentemente não se apresenta contrariado, mas, sobretudo no início, não adere a ela. Mandámos sair os pais do consultório e então o paciente disse-nos, que, na sala de espera, estavam pessoas que ele conhecia há longos anos. Abeirou-se de nós como que segredando qualquer coisa, para nos dizer que os pais “estavam feitos” com clientes que permaneciam na sala de espera. A aliança dos pais com aquelas pessoas tinha em vista o seu internamento forçado. Os pais tudo tinham feito para se verem livres dele. No quarto de dormir detectara, numa das últimas noites, um “placard” luminoso cintilando de forma intermitente a palavra manicómio.

Conseguimos convencer o paciente a fazer um EEG e a aceitar a medicação que lhe prescrevemos.

Num contacto posterior com a mãe recolhemos a seguinte informação: Oito dias antes desta consulta o paciente foi encontrado no seu quarto, caído no chão, espumando saliva ensanguentada, parcialmente desorientado. Com algum custo a mãe o convenceu a deitar-se. Duas horas mais tarde o paciente parecia estar bem, melhor mesmo do que estivera nos dias anteriores, sublinha a mãe. No dia seguinte

não recordava o episódio descrito e, o seu comportamento, regressava ao estado de perturbação, inquietação e irritabilidade anteriores.

Não foram anotados no passado quaisquer episódios dignos de registo no capítulo comportamental. Nem se apuraram episódios que nos pudessem sugerir desorientações temporo-espaciais, perdas de conhecimento, automatismos ou crises convulsivas. Na família não se apuraram igualmente factos relacionados com qualquer forma de doença comicial.

O paciente tinha, até ao início da doença, uma personalidade dócil, sintónica, ligeiramente extrovertida e de fácil contacto.

O exame EEG revelava um foco temporal.

Após tratamento com “Carbamazepina” melhorou francamente, restando contudo uma irritabilidade que se lhe não conhecia.

6.2.3 Extractos de histórias clínicas, como exemplos típicos das diferentes formas de adoecer esquizofrénico seleccionadas na amostra.

EXEMPLO DE UMA FORMA PSEUDO-NEURÓTICA

Aos 39 anos, depois de um período de alguma turbulência comportamental, particularmente nos níveis laboral e familiar, Fernando começou a apresentar ideias de desconfiança exagerada, que acabaram por motivar a sua observação psiquiátrica.

Tem 39 anos, é solteiro, vive com o pai (a mãe faleceu há alguns anos). Vem à consulta na sequência de alterações comportamentais graves e insólitas (expressões utilizadas pelo pai e um colega que o acompanham) que ocorreram no próprio local de trabalho.

Desde há alguns meses que se sente particularmente notado e observado pelos clientes da estação de correios onde trabalhava e também pelos colegas. Dá conta que muitos dos seus actos têm a marca da influência de estranhos. Frequentemente capta esta impressão de uma ou outra pessoa que eventualmente cruza o olhar com ele. Mais do que uma vez este facto originou discussão e conflito

no local de trabalho, motivando reparos, quer de clientes quer de funcionários. Em várias ocasiões estes solicitaram aos chefes a tomada de uma atitude que reparasse a situação que, a partir de certa altura, começara a ser intolerável. À sua volta, relata o doente, o ar adensava-se, circulava qualquer coisa de “estranho e indizível” (expressão do paciente), que afectava o seu desempenho, e lhe provocava violentas reacções motoras e verbais.

Em casa recolhia-se no seu quarto, recusava partilhar a hora da refeição com a família, escondia-se em zonas recolhidas ou fechadas, mesmo quando estava só, como aliás quase sempre acontecia. Por diversas vezes seu único irmão, um pouco mais velho, o surpreendeu escondido atrás dum móvel no seu próprio quarto. Tinha a experiência insólita de qualquer coisa que fluía e ocupava espaço à sua volta, mas que ao mesmo tempo era densa. Algo que se imiscuía ao seu redor, que o comprimia, que o bloqueava, que o tocava, mas que não se via nem palpava. Tal experiência era por vezes enriquecida e reconfirmada com sensações olfactivas que o incomodavam, não pelo sinal qualitativo, mas pela indiscutível presença.

Foi-lhe proposto o internamento, que prontamente aceitou.

Na clínica, no início do tratamento, o paciente sentia-se mais protegido. Contudo, não abandonava o seu espaço, mantendo-se quase sempre no leito com a cabeça coberta. Mais tarde diz que “eles” já lá chegaram. Não o deixam em paz. Falam-lhe duma missão especial que lhe estará reservada. Falam-lhe dum futuro casamento, também ele especial, pois será um casamento não com um ser humano de carne e osso, mas com alguém sem conteúdo material. Numa manhã, uma das vozes que o têm visitado, incitou-o a projectar-se pela janela e ... voar. Seria a primeira experiência pré-nupcial. Não o fez, porque alguém terá interceptado e descoberto o plano e trancou as janelas. Algumas vozes acusam-no de ter relações homossexuais. De facto, acorda frequentemente com dores na região anal, que, sem dúvida, têm que ver com o assalto a que está sujeito enquanto dorme. “Aqueles canalhas servem-se de mim”, diz com desespero.

Os cigarros que fuma estão marcados com um sinal. Tudo está orientado à sua volta para participar no tal plano que lhe está reservado. Sente que tem um lugar especial no mundo. Numa das noites, durante o internamento, ouviu o elevador subir.

O ruído que fazia era diferente do habitual. No princípio não percebeu muito bem o motivo da diferença do som que escutava. Mas depois não teve dúvidas que era um sinal a ele dirigido, um aviso. Levantou-se subitamente e logo percebeu. Tal como o elevador sobe nas alturas também a ele está reservado o direito de subir pelos seus próprios meios. Voar, voar no espaço; era esta a mensagem recebida. A janela continuava trancada com um ferro. Deitou-se vestido em cima da cama. Logo o candeeiro de tecto o irradiou com fluxos electromagnéticos. Ficou excitado. Sobre a cómoda estava um ramo de flores. Algumas eram vermelhas. Estavam ali sem dúvida com um determinado propósito. Estavam ali de facto para ele; as flores vermelhas transmitiam-lhe uma mensagem clara, indiscutível. Iria ser castrado. Era a hora de ser castrado. Afinal já não precisava de órgãos sexuais. O seu sémen era imaterial e iria conjugar-se com o tal ser que lhe estava destinado. Levantou-se, pegou na jarra e projectou-a contra a parede. As vozes não o largavam. Começou a discutir com elas, respondendo-lhes com vigor.

O enfermeiro encontrou-o numa grande agitação, deambulando, gesticulando e gritando coisas cujo sentido se relacionava com a castração. Foi necessário injectar-lhe um sedativo poderoso para o acalmar.

Mais tarde, pudemos apurar que o paciente desde há um ano que vem experimentando uma estranha ansiedade e um indisfarçável sofrimento. Sentia-se ameaçado por qualquer coisa que não sabe explicar. Qualquer coisa que lhe “aperta os movimentos” e que lhe “rouba o rendimento” (expressões do doente). Sabe que está a ser “empurrado” para algo de fantástico ou de sinistro (tem dúvidas a respeito da qualidade da meta que lhe está destinada). Tem-se arrastado neste caminho que ele não controla e do qual não pode fugir.

Na véspera do internamento, em plena rua encontrou um cartaz de publicidade a um detergente conhecido - *omo*; no seu espírito não parou mais a palavra - *omo*. De súbito a repetição acelerou, tornou-se estridente, explosiva pela sonoridade, assemelhava-se ao som de uma telefonia com o volume no máximo; o barulho ensurdecia o doente; a velocidade estonteava-o. Desesperado, Fernando tapava os ouvidos com as mãos, mas era inútil, uma multidão de vozes repetia como um tambor em êxtase o vocábulo *omo*, *omo*... E depois as vozes, numa algazarra

insuportável, misturavam risos, palavras, gritos e terminaram num festim espantoso de impropérios e de acusações repetindo expressões como - homossexual, homossexual...

Trata-se duma personalidade introvertida, foi bom aluno no ensino secundário que concluiu com 18 anos, tendo concorrido com essa idade, com êxito, a uma vaga de técnico dos Correios, instituição onde seu pai sempre trabalhou. Adaptou-se com facilidade ao lugar, era assíduo e, não obstante a sua acentuada introversão, relacionou-se sem dificuldade apreciável com colegas e superiores; apenas uma pequena excepção: guardava uma desconfiança, que agora descobrimos ter alguns contornos de morbilidade, desde há anos, em relação a um colega que ocupava um lugar de chefia dos CTT, com o qual, em boa verdade, não se relacionava hierarquicamente e até nunca se havia relacionado pessoalmente.

Quando jovem, conheceu por duas vezes e por pouco tempo, raparigas com as quais estabeleceu relações afectivas. Em ambos os casos foi o Fernando que rompeu, argumentando não se sentir vocacionado para o casamento e revelando nunca ter sentido a “experiência da paixão” (expressão do doente).

A mãe faleceu de cancro uterino quando o paciente tinha 27 anos. Segundo informação recolhida do irmão, tratava-se duma senhora desconfiada, muito sensível e com tendência a sobrevalorizar certas ideias.

O pai, um homem de 90 anos, acentuadamente introvertido, revelou ao longo da doença do filho um comportamento ajustado à gravidade da situação, mostrando-se sempre preocupado com o futuro do Fernando. Segundo o irmão nos informa, os pais sempre se entenderam bem.

O irmão, dois anos mais velho, tem uma personalidade sintónica e compreensiva, manifestando em relação à doença do Fernando uma grande disponibilidade.

Evolução ao longo de seis anos

O quadro clínico foi evoluindo para um empobrecimento progressivo da

personalidade; perdeu grande parte da sintomatologia delirante, mas perdeu também grande parte da capacidade produtiva, quer ao nível do trabalho, quer ao nível das relações interpessoais. Fruto deste facto reformou-se aos 42 anos.

Análise psicopatológica, fenomenológica e topológica

As experiências apofânticas surgem com toda a sua expressão e clareza depois dum período de trema. Efectivamente, o paciente experimentou durante pelo menos um ano, o peso da ameaça de algo que lhe causava indiscutivelmente uma diminuição da liberdade interior. Como consta da história, sentia-se ameaçado por qualquer coisa que não sabia explicar. Qualquer coisa que lhe “apertava os movimentos” e que lhe “roubava o rendimento”. Sabia que estava a ser “empurrado” para algo de “fantástico ou de sinistro”. Arrastava-se nesse caminho, ao sabor de influências estranhas que não controlava e do qual não podia fugir. O caminho revelou-se longo (um ano) e penoso. O campo vivencial tornou-se apertado e carregado de barreiras. Em casa a mortalha pesada da introversão. No trabalho a desconfiança; esta afinal já germinava há muitos anos, projectada na figura daquele chefe que o paciente mal conhecia e com quem nem sequer se relacionava profissionalmente. Mas o pai também era chefe da mesma empresa e tinha uma idade próxima da referida pessoa.

Finalmente explodiu o quadro delirante em toda a sua amplitude. A análise da estrutura do edifício delirante permite-nos distinguir dois vectores que se relacionam mutuamente e que constituem o cerne do acontecer apofântico. A vivência do “pôr em relação sem motivo” que no fundo é a própria apofania (o paciente sentia-se notado atraído, as coisas estavam colocadas para chamar a sua atenção - recordemo-nos por exemplo dos sinais que *emergiam* dos cigarros e a ele - Fernando - destinados) e a vivência única de que tudo no mundo gira ao redor do eu, isto é de que o eu (dele, Fernando) é o centro do mundo. Esta vivência corresponde àquilo a que Conrad chamou a anástrofe.

A apofania obriga o paciente a fixar-se em si mesmo, isto é obriga-o a reflectir. As coisas têm um significado especial, cada coisa ao redor tem um significado

próprio e direccionado ao sujeito e então fica como que suspenso o viver ingénuo que é característico do homem normal, o viver para diante o viver com as coisas e com os outros. O enfermo encontra-se por assim dizer preso a si mesmo, já não consegue estar com os outros mas apenas e só com o significado (especialíssimo) que arranca dos objectos que o circundam. Numa palavra, está impedido da transcendência (condição essencial e distintiva da natureza humana), pois já não consegue sair de si mesmo²⁵¹. Exemplos ilustrativos e eloquentes desta temática estão representados no caudal de vivências que o nosso doente experimentou na noite da agitação explorada na história.

Todos os sintomas de primeira ordem de K. Schneider estão presentes. Sintomas de passividade, vozes que dialogam entre si, vozes que comentam o comportamento do sujeito, percepções delirantes, eco do pensamento, etc.

É possível ao longo de todo o acontecer apofântico detectar alguma continuidade de sentido em relação aos temas. Por exemplo, na percepção delirante relacionada com o elevador aprecia-se uma indiscutível coerência de sentido: o subir de elevador para as alturas corresponde ao subir ele próprio nas alturas voando. Vamos recordar: - Numa das noites, durante o internamento, ouviu o elevador subir. O ruído que fazia era diferente do habitual. No princípio não percebeu muito bem o motivo da diferença do som que escutava. Mas depois não teve dúvidas que era um sinal a ele dirigido, um aviso. Levantou-se subitamente e logo percebeu. Tal como o elevador sobe nas alturas também a ele está reservado o direito de subir pelos seus próprios meios. Voar, voar no espaço; era esta a mensagem recebida. Vale a pena apreciar fenomenologicamente este dado psicopatológico e reparar que ele cumpre inteiramente os três graus propostos por Conrad para consagrar a vivência apofântica exterior. 1º A consciência de significação vaga: o doente sabe que o som que escuta no elevador tem que ver com ele, mas não sabe muito bem qual é o sentido do fenómeno. 2º A vivência do preparado para ele: o doente sabe que aquele som especial foi produzido para atrair a sua atenção. 3º A percepção delirante: o doente percebeu o significado de tudo isto; ou seja percebeu o aviso, a

²⁵¹ Nota: Na Parte teórica deste trabalho, quando abordámos "O Englobante" de Jaspers, debruçámo-nos sobre a cisão entre o eu e o objecto. Tais conceitos parecem-nos indispensáveis para o entendimento da temática apofântica e do seu reverso – a anástrofe.

mensagem que lhe estava a ser enviada – voar, voar no espaço.

Se analisarmos muitos destes sinais no sentido estrutural apreciamos o seguinte: recordemos antes de mais o episódio das flores - Sobre a cómoda via-se uma jarra com um ramo de flores. Algumas eram vermelhas. Estavam ali sem dúvida com um determinado propósito. Estavam ali de facto para ele; as flores vermelhas transmitiam-lhe uma mensagem clara, indiscutível. Iria ser castrado. Era a hora de ser castrado. Afinal já não precisava de órgãos sexuais. O seu sémen era imaterial e iria conjugar-se com o tal ser que lhe estava destinado. Levantou-se, pegou na jarra e projectou-a contra a parede. - Também aqui é possível captar, apenas em relação ao tema (conteúdo), alguma continuidade de sentido, isto é, alguma compreensibilidade (Jaspers); a cor vermelha simboliza o sangue que se desprende da castração; esta está facilitada pela erecção induzida por “eles”; afinal já não é necessária para a realização sexual pois o seu sémen é imaterial; então a ordem é de castrar, o sangue escorre ; da mesma forma as flores deitam-se fora e a mancha vermelha das pétalas espalha-se pelo espaço.

Mas, no plano fenomenológico, é possível dissecar ainda mais a estrutura deste delírio primário. Vejamos então: o vermelho da flor destaca-se no campo como “propriedade essencial”, como aliás, no episódio anterior (a questão do elevador), o som se havia destacado também como “propriedade essencial”; é o elemento que chama a atenção no contexto do campo vivencial; porém, para além de chamar a atenção do nosso doente, fá-lo de forma peculiar, isto é, impõe-se pela simulação, não passa despercebido, não é natural, está ali para isso mesmo, cumprindo uma espécie de papel teatral; torna-se então evidente, que, desta forma, o vermelho da flor se põe em relação com o Fernando (sujeito desta vivência), transformando-se por este caminho em ponto de referência para quem se mostra ou simula (o vermelho, neste caso concreto) e com o qual se relaciona ou passa a relacionar; é exactamente neste momento que tem lugar o “pôr em relação sem motivo”, isto é a apofania.

Então, primeiro, o paciente começou por ser invadido por sentimentos de estranheza, de dúvida e de suspeição. Algo lhe estava reservado, algo que vinha de fora e que ele não dominava. Durou perto de um ano este estado. A angústia e a perplexidade que resultavam do movimento do campo vivencial à sua volta desencadearam um profundo estado de insegurança que acabou por reforçar a

desconfiança que minava desde o início da doença a vida relacional do paciente. Instalou-se nele um sentimento doloroso de expectativa em relação ao futuro. As relações com as pessoas à sua volta tornaram-se difíceis e a desconfiança e os sentimentos de suspeição aumentaram. O paciente sente-se agora apertado, encaixado num canto numa situação sobre a qual ele não tinha e não tem controlo. As forças do campo vivencial iam naturalmente subindo de tensão. Esta pressão que o doente sente cada vez mais exercida sobre si, forçam-no, para se proteger, à construção de muros defensivos à sua volta, o que por sua vez provoca a redução do campo com a consequente elevação da tensão no interior do mesmo. Diante do sujeito levanta-se a iminência de algo, de uma solução (boa ou má) que estará prestes a acontecer. À sua volta o espaço psicológico é cada vez menor. A liberdade está cada vez mais ameaçada. O paciente sente-se como que preso num mundo que se aperta a olhos vistos comprimindo-o sobre si mesmo. O viver com as coisas, o viver com os outros, ou seja o conviver é-lhe negado pelas circunstâncias a cada instante. Numa palavra, a transcendência está bloqueada; não consegue portanto transladar-se para o mundo dos outros. Os objectos, as pessoas, as coisas substantivas e subjectivas começam a ficar reduzidas às suas “propriedades essenciais” (o som do elevador, o vermelho das flores, o significado da palavra *omo*). Como um balão que se enche e que não aguenta mais pressão no seu interior, também aqui as barreiras do campo acabam por não aguentar por muito tempo a pressão a que estão sujeitas e, finalmente, rompem-se reequilibrando-se (de forma muito particular) o campo vivencial. Levanta-se então diante do sujeito a esperada revelação. Os significados jorram por todos os lados engrossando verdadeiros rios delirantes. No caso que nos ocupa a produção apofântica surge na sua verdadeira amplitude de forma súbita, na noite da agitação durante o internamento, como se um dique se tivesse desfeito ao peso de uma enxurrada.

Falámos em cima em continuidade de sentido, que é o mesmo que falar em compreensibilidade. De facto, no plano temático detecta-se, como se disse, alguma continuidade de sentido. Porém não encontramos qualquer nexos de causalidade ou de entendimento para o facto do indivíduo delirar ou alucinar. O quadro clínico que acabamos de descrever, é, no plano formal, radicalmente, totalmente

incompreensível.

Entretanto o delírio esmoreceu ao cabo de seis anos, o paciente ficou como que estabilizado. As forças do novo campo vivencial reequilibraram-se. Porém, continua a detectar-se na raiz dos restos delirantes o estigma da vivência apofântica. A continuidade de sentido que, no plano temático, era mais ou menos apreensível, torna-se agora encoberta e obscura. O paciente mentalmente empobreceu. As respostas aos estímulos externos é lenta e por vezes inexistente. Os impulsos e os estímulos interiores estão reduzidos. Daí as dificuldades em concentrar-se, em assumir compromissos, em tomar decisões. Todo o rendimento está globalmente enfraquecido.

EXEMPLO DE UMA FORMA AFECTIVA

Teresa, internada em 19/3/79 no Hospital do Conde de Ferreira. Tinha ao tempo 56 anos de idade. Era solteira.

Mostrava um aspecto um pouco descuidado no seu arranjo pessoal, embora usando vestuário normal. Apresentava-se inquieta, intranquila, chorosa, exibindo uma máscara carregada de desespero. Emocionalmente muito instável, oscilando entre a agitação e o apelo à compaixão.

Com evidentes dificuldades, relata uma história de acentuado conteúdo depressivo e ansioso.

Alimenta-se mal, desde há duas semanas que come apenas alguns biscoitos no seu quarto, donde aliás não quer sair. Tem dificuldade em adormecer, deambula pela casa até altas horas da madrugada, queixa-se de dores na bacia, cefaleias e, sobretudo, experimenta uma profunda tristeza.

A paciente revela bastantes dificuldades em se mobilizar, não só pela astenia acentuada, mas também por uma assimetria congénita da bacia e uma atrofia do membro inferior esquerdo.

O quadro clínico actual iniciou-se há três semanas, após um síndrome febril secundário a uma gripe.

Teresa é, como acima referimos, solteira, vive apenas acompanhada de seu pai, que, não obstante os seus 84 anos, é um homem saudável e auto-suficiente. É ele que cuida das tarefas domésticas desde que a mãe faleceu, já lá vão alguns anos. Confecciona as refeições, faz as compras domésticas, visto a filha estar relativamente incapacitada, não só pelas limitações físicas referidas, mas também pelas limitações psicológicas que ultimamente se têm agravado de forma crescente.

Nesta tarde a paciente foi surpreendida pelo pai a prender uma corda num varão dum reposteiro no seu próprio quarto. No passado, foi protagonista de algumas tentativas frustradas de suicídio (nenhuma delas do tipo deste).

Segundo o pai refere, Teresa tem andado muito cansada, chorosa, triste e com grande tendência ao isolamento. Nem as suas duas irmãs, de idades muito próximas da sua e com quem se relaciona bem, conseguem romper a barreira de silêncio que a envolve. Aliás, na sequência duma dessas tentativas de ajuda por parte da família, a paciente agitou-se, verbalizando “coisas sem sentido”.

Foi então internada com o diagnóstico de depressão.

Durante os primeiros dias de internamento o quadro clínico era caracterizado por tristeza profunda, isolamento, insónia matinal, lentificação motora e psicológica, inibição e choro frequente.

Uma semana mais tarde o quadro clínico começa a alterar-se. A doente mostra-se agitada, inquieta, amedrontada e com tendência crescente a discutir com as outras doentes e pessoal de serviço, acusando tudo e todos de estarem implicados numa “coligação para a tramar”.

Numa noite, acordou toda a gente, falando em ondas eléctricas que se desprendiam das lâmpadas e que cruzavam o seu corpo, roubando-lhe os pensamentos e forçando-a a excitações viscerais insuportáveis. Mais calma, no dia seguinte, referiu-nos que tinha percebido, quando passeava no jardim da enfermaria, sinais eloquentes da sua morte iminente e também da morte de seu pai. Tinha perpetrado aquela tentativa de suicídio, refere com alguma perplexidade, porque não queria ver o seu pai subir os degraus do cadafalso onde iria cumprir a pena que merecia pelas infidelidades que, no tempo de sua mãe, havia cometido.

Recorda-se que, quando era garota, na testa de sua cama de ferro, havia um ornamento floral; tal adereço, pensa hoje a doente, não era de todo inocente. Aquelas flores de ferro encerravam um si uma mensagem, agora revelada de forma clara; anunciavam uma morte trágica, imposta e não natural.

Uma doente trazia ao peito um monograma do qual se destacava a letra M; era o símbolo indiscutível do fim próximo – a morte. Na mesa de jantar o seu talher estava colocado de determinada forma; o garfo cruzava ligeiramente a faca. Para Teresa este era o derradeiro sinal do veredicto final. Ao seu redor as pessoas conversavam entre si. A paciente interrompia bruscamente as companheiras de enfermaria acusando-as de estarem a dizer mal dela; certamente a combinar a forma de a aniquilar.

Ouvia vozes que a acusavam de alimentar pensamentos vergonhosos. Algumas das vozes fustigavam-na com “comentários indecentes” e troçavam dela. Outras riam-se de forma espalhafatosa. “Toda a gente sabe o que se passa na minha cabeça”, diz frequentemente sem qualquer reserva.

Com o tratamento a paciente melhorou e a sintomatologia delirante e alucinatória começou a ceder. Restava contudo a sintomatologia depressiva, que ao cabo de dois meses de internamento acabou por ser neutralizada.

Ficou, todavia, um sentimento de inferioridade e de vergonha, relacionado com o facto das pessoas todas terem lido na sua mente, pensamentos “indecentes” incompatíveis com a sua condição de “mulher séria e pura”. Restou igualmente uma postura arrastada, com tendência ao isolamento, astenia, dificuldades acentuadas de prestar atenção seja ao que for, falta de sensibilidade, puerilidade e dificuldades cognitivas expressas frequentemente em frases incoerentes revelando alguma desagregação do pensamento.

Análise psicopatológica, fenomenológica e topológica

Era inevitável o diagnóstico errado de depressão endógena até se manifestar, com toda a sua força, a sintomatologia esquizofrénica com a qual se esclareceu o diagnóstico. Muitas vezes os doentes padecem de perturbação afectiva durante

anos, revelando uma ou mais fases depressivas ou expansivas, até que surge, num determinado momento, o quadro esquizofrénico. Outras vezes, a sintomatologia depressiva surge apenas como porta de entrada duma esquizofrenia, colorindo com a sua tinta semiológica a primeira fase do adoecer psicótico (trema).

Temos dúvidas se no caso vertente houve alguma fase depressiva no passado. Na história pregressa não apurámos qualquer surto caracterizado por indiscutível sintomatologia da série melancólica. É claro que há referência a tentativas de suicídio, uma delas com um produto químico, mas pareceu-nos ser mais um acontecimento relacionado com a personalidade da doente. Ou seja, tal fenómeno deve ter correspondido a uma das muito frequentes (e pouco valorizadas) reacções da personalidade de tipo psicopático, na medida em que se apurou que a tentativa de suicídio foi precedida de uma reflexão fria, calculada, quer dizer, a opção foi pensada e assumida sem nos parecer ter havido humor depressivo claro.

O diagnóstica de esquizofrenia a partir de certo momento não nos deixa qualquer dúvida. E os fenómenos apofânticos aparecem em torrente e de forma absolutamente explícita. A questão que se coloca é de saber se o acontecer delirante tem uma raiz “*gestáltica*” ou não. E, se não tem, qual é o percurso fenomenológico que nos conduz então ao delírio?

Começando pelos fenómenos apofânticos, é indiscutível que a partir de certo momento a paciente começou a “estabelecer relações sem motivo” (Gulhe), ou a experimentar sentimentos simbólicos no sentido de Jaspers, “consciência de significação anormal”. O monograma com a letra M que a paciente relaciona com a sua morte iminente é disso exemplo. Sem dúvida que este elemento se destaca no contexto do campo vivencial e assume, de repente, uma força que por momentos reduz as forças do campo a este fenómeno sinistro. Este elemento do campo atrai portanto a atenção da doente e fá-lo por forma a impor-se, isto é, a não passar despercebido. Assim, por este caminho o fenómeno perceptivo – põe-se em relação com o sujeito da vivência, ou seja com a doente; neste instante põe-se, de facto em movimento, a “consciência de significação anormal”, isto é a *apofania*. Porém, fica absolutamente intacta a legalidade do campo, quer dizer não há desestruturação quer do campo no plano formal (tudo se mantém no seu lugar e os estímulos

continuam a captar a atenção da paciente de acordo com a sua força no momento), quer no plano do tema que se mantém absolutamente coerente com o humor da paciente. A letra M significa a morte, como aliás tudo que envolve a doente no campo perceptivo externo e também no espaço interior. O que na realidade se passa é que, com o abatimento dos sentimentos vitais, o fundo anímico mergulha no líquido pastoso da melancolia ou eleva-se no volátil fluido da exaltação. Todas as vivências, sejam elas oriundas das percepções ou representações que compõem o campo fenoménico, sejam elas arrancadas do mundo afectivo, cognitivo ou volitivo estão marcadas com a pesada tinta da perturbação afectiva ou, em certos casos, com o orvalho da exaltação (mania).

Até aqui nada nos diz que se trata dum delírio esquizofrénico. Vivências apofânticas podem ocorrer noutras circunstâncias como já observámos várias vezes no decorrer deste trabalho. Podemos efectivamente estar diante dos muitos delírios melancólicos, frequentes em depressões endógenas, sobretudo quando montados em personalidades de colorido obsessivo e que se aproximam da idade involutiva, como é o caso presente.

Mas, se descermos um pouco mais as escadas do edifício delirante, e, sobretudo, se escarpelizarmos a estrutura das vivências, damos conta, que, para além do abatimento do fundo anímico com o inevitável empastamento dos fenómenos, algo de fundamental e até de novo aconteceu. Mesmo em circunstâncias psicopatológicas deprimentes, o sujeito é capaz de se ajustar aos sistemas de referência que permanentemente o envolvem. Se por exemplo eu ouço chamar por mim, volto-me na direcção do som e avalio se de facto o chamamento é para mim, isto é se aquilo é comigo. Se me apercebo que me enganei rapidamente ponho outro no meu lugar e saio do sistema; não é comigo é certamente com aquele ou com alguém que eventualmente eu não vejo. A isto se chama a “transposição”²⁵². Ora o esquizofrénico está impedido de saltar de sistema de referência, isto é, de fazer a “transposição”. A nossa doente, a partir de certo momento, ficou como que prisioneira do seu eu, amarrada a si própria por um anzol invisível que a prendeu ao

²⁵² Binswanger, L (1961): *Psiquiatria existencial*. Santiago do Chile Ed. Universitária.

Nota: “ Transposição” - conceito consagrado por este autor ao longo de toda a sua obra.

mundo escurecido pelo quebra luz da perturbação afectiva. O garfo e a faca cruzados, o M do monograma, os sinais observados no jardim, as conversas a seu respeito que captava ao seu redor, tinham apenas um sentido – a morte, a sua morte iminente. Quer dizer, o mundo, não obstante se ter mantido intacto no plano da organização topológica, passou a ser lido de uma determinada forma (auto-referencial) e com um sentido coerente com a perturbação afectiva que serviu de base ao processo psicótico.

EXEMPLO DE UMA FORMA ALUCINATÓRIO-DELIRANTE

Luís, economista, 47 anos, vem à consulta a pedido insistente da esposa por força de alguns transtornos do comportamento que subitamente começou a desenvolver desde há cerca de três semanas.

Conta a esposa que seu marido se acha perseguido por toda a gente com quem convive, tem alterações de humor bruscas, passa rapidamente da aparente boa disposição à tristeza e por vezes mesmo à violência, quase sempre dirigida à esposa e aos filhos. Deixou de se preocupar com a família, designadamente com os seus dois filhos (rapazes de 23 e 25 anos). Mostra-se descuidado na linguagem e no comportamento social, o que não era nele habitual.

O marido ouvia o relato da esposa aparentemente sem ligar qualquer importância ao que se dizia. Antes, quando nos cumprimentou no início da consulta, mostrou-se formal embora simpático. Depois, passou toda a primeira parte da consulta relativamente alheado da mesma. Mandámos sair a esposa para tentar penetrar com mais facilidade na história do doente, o que de facto aconteceu no percurso da entrevista.

Falou-nos então dum cheiro a queimado (do tipo de odor produzido pelos aparelhos eléctricos) que diariamente se espalhava pela sua casa, certamente produzido por máquinas que seguramente são, durante a noite, instaladas na sua residência com o intuito de espreitar todos os seus movimentos. Refere que é possuidor duma nova teoria económica que irá revolucionar toda a economia e, claro, toda a actividade política. Sente que lhe têm sido subtraídos documentos

importantes nos quais constam as linhas mestras da tal teoria. Percebe que também o seu pensamento tem sido “vasculhado” (expressão do próprio doente) principalmente durante a noite enquanto dorme. Refere ainda que a comida em sua casa está “tocada” por “mãos estranhas” através da injeção de produtos anestésicos nos alimentos. Tal operação é feita durante a noite, o paciente diz mesmo ouvir os movimentos dos “intrusos” e também ouvir as suas “combinações”. Frequentemente tais “intrusos” entram em contacto com ele, ditando-lhe a sua sorte. Tem experimentado sensações estranhas e desagradáveis nos órgãos genitais e no ventre. Acha que tem um cancro nos intestinos produzido pelas substâncias que é forçado a ingerir.

Durante o relato o paciente mostra-se muito inquieto, ansioso, levanta-se frequentemente da cadeira, muda continuamente de discurso, olha em redor desconfiado. Revela uma grande preocupação com a sua saúde física, teme a sua morte iminente por causa do cancro ou talvez da sida (refere desesperado que o vírus pode ter sido inoculado na fruta ou transmitido por contactos homossexuais durante o sono); certamente foi transformado num animal de experiência.

Estudo da personalidade

Trata-se dum homem inteligente, trabalhador, muito meticoloso, com leves traços obsessivos, de carácter forte e determinado e de humor sintónico. Biótipo pícnico-atlético.

Relaciona-se bem com as pessoas, faz amigos com facilidade, tem uma boa relação com a esposa, com os filhos e com os companheiros de trabalho.

Não se lhe conhecem doenças no passado e não se detecta qualquer carga hereditária digna de registo.

Discussão psicopatológica, fenomenológica e topológica

Sem ter havido qualquer sinal prévio de natureza psicopatológica, o quadro irrompeu subitamente carregado de delírios multiformes e de alucinações

cenestésicas, auditivas e de outros sectores sensoriais. Simultaneamente apareceram sentimentos de preocupações hipocondríacas, instabilidade emocional, grande ansiedade, mudanças bruscas do humor, interpretações delirantes e delírios imaginativos.

No próprio curso da consulta o paciente passou por vários estádios de humor, desde a postura neutra, diremos mesmo distante do início, até à postura inquieta, ansiosa e exaltada de certos momentos ao longo do relato. Apresenta consciência clara, aderindo com facilidade, não só às solicitações da sua intensa actividade imaginativa (particularmente no campo do delírio), mas também às nossas propostas de direcção do discurso.

As vivências de carácter apofântico estão muito presentes nesta história, sob a forma de alucinações e delírios multiformes, tendo como curiosidade fenomenológica o facto do seu aparecimento ter sido muito brusco e tardio (o doente tem 47 anos).

Mergulhado num campo vivencial com razoável integridade topológica, carregado de delírios e de alucinações que de repente enchem a sua vida relacional, o nosso paciente encontra-se subitamente diante do espelho da revelação. Trata-se duma forma de apofania que não se serviu da desorganização “gestáltica” para a sua manifestação, mas sim, por ventura, de qualquer *morbus* abrigado no telhado constitucional (do tipo do que descrevemos ao abordar a questão da esquizopatia) e que encontrou as condições biológicas, psicológicas e situativas indispensáveis para se revelar.

BREVE REFLEXÃO SOBRE AS HISTÓRIAS RELATADAS

Os exemplos apontados mostram uma grande diversidade qualitativa da vida psicológica, particularmente no terreno psicopatológico. Como adiante desenvolveremos, o carácter enigmático e estranho da maior parte dos fenómenos psicóticos, resulta quase sempre de uma perturbação da forma da vivência, que se revela, como acima referimos, ao abordar de passagem a perspectiva fenomenológica, totalmente inexplicável por factores de natureza emocional, racional ou reactiva. Então, por detrás destes transtornos formais, só poderão estar

perturbações do próprio funcionamento cerebral. Encontramos também muitos outros fenómenos patológicos que, pelo contrário, mais não representam do que desvios quantitativos da vida anímica. Identificamo-los imediatamente como fenómenos que poderiam emergir de dentro do nosso próprio mundo, apenas lhes reconhecemos de anormal a excessiva intensidade e, portanto, a desproporcionalidade em relação às circunstâncias geradoras de tais fenómenos. Compreendemos em todas as nossas histórias a exuberância dum maníaco, a desconfiança dum paranoide, a cólera dum alucinado reagindo aos insultos que ouve. Porém, a alegria mórbida, a ideia persecutória ou o fonema, esses não são justificáveis por qualquer motivo detectável, não lhes descobrimos um nexos de causalidade, são em si mesmos primariamente patológicos, numa palavra são incompreensíveis.

6.3 Racional e método de análise do material clínico

A organização desta metodologia assentou em três ideias básicas²⁵³.

Primeira: a análise categorial partiu da construção de uma grelha informatizada destinada a recolher a semiologia decorrente da observação dos casos-tipo que foram descritos anteriormente. A grelha emergiu da textura lógica que ressaltou desses casos clínicos.

Segunda: A grelha assim obtida, servirá de plataforma para a organização dos dados, o que irá permitir futuras análises quantitativas através da aplicação de várias análises estatísticas.

Terceira: essa grelha funcionará como interface entre a parte fenomenológica do trabalho e a parte de natureza mais quantitativa (Figura 28).



Figura 28 - Racional da análise do material clínico.

²⁵³ Marques – Teixeira (2000): Comunicação pessoal.

Partimos então dos vários documentos fenomenológicos, orientados para encontrar linhas de coerência sindromática e que eventualmente cruzassem os diversos casos (invariâncias). Posteriormente, foi feita uma agregação de sintomas pela sua ocorrência conjugada, quer em cada uma das histórias clínicas, quer cruzando os diferentes casos, com o objectivo de encontrar categorias sindromáticas. De seguida, submetemos essas ocorrências de sintomas à prova estatística, a fim de corrigirmos os erros que advêm da pura apreciação subjectiva desses mesmos sintomas. Aí encontrámos correlações e factores que permitiram definir a matriz final que nos possibilitou caracterizar a esquizofrenia em formas fenomenológico – categoriais.

6.3.1 *Análise fenomenológica*

Considerando que pisamos um terreno conceptual nubloso, como já noutra local referimos, e, considerando ainda que numa investigação psicopatológica têm de estar garantidos o rigor da observação, a independência e a procura da “verdade” dos fenómenos observados e ainda a profundidade da análise estrutural da psicopatologia colhida, escolhemos, o método fenomenológico, como instrumento de observação e de análise psicopatológica .

Seguimos a par e passo os requisitos clássicos do método²⁵⁴ que esquematizamos em linhas gerais nos seguintes pontos:

1º. Procurar o *encontro* com a pessoa doente, aproveitando ao limite todas as oportunidades de *estar com o outro* numa perspectiva antropológica. *Estar com o outro* é estar (despedido de teorias e preconceitos) com o Luís ou o João e não com um doente impessoal para o qual já temos um figurino clínico ou um conjunto de orientações genéricas. *Estar com o outro* é estar com o João inserido no seu mundo, próprio e privativo, estar com ele próximo da sua intimidade, estar com ele e com a sua circunstância.

2º. Procurar os fenómenos na sua pureza, tal como eles são presentes à consciência.

²⁵⁴ Nota: Baseámo-nos na fenomenologia de Husserl “Ir à intimidade das coisas”.

3º. Procurar avaliar as distintas perspectivas do fenómeno, observando-o de todos os ângulos possíveis por forma a apreciá-lo de todos os lados. Obter dos fenómenos todas as manchas da sua variabilidade.

4º. Procurar a *essência* do fenómeno. No passo anterior fizemos variar o fenómeno até esgotarmos todas as perspectivas de observação. Os limites do fenómeno ficam assim como que esbatidos pela sobreposição dos desenhos das diversas perspectivas. Levando este esbatimento de contornos sobrepostos até ao limite, aproximamo-nos do centro da manifestação, ou seja da *essência* do fenómeno.

É claro que o método fenomenológico, é apenas e só um método, uma prática, uma postura perante o doente, que antes de mais nada pretendemos ajudar e, só depois, investigar. Em todo o contexto desta obra cumprimos este pressuposto. A fenomenologia é então mais do que um método, uma disciplina que em nome dos requisitos propostos tentámos manter de pé ao longo de todo o nosso trabalho.

Construção de documentos fenomenológicos através da análise das histórias clínicas.

Utilizámos, como em cima ficou bem expresso, o método fenomenológico como instrumento de trabalho. Servimo-nos dele, não só para a avaliação especificamente fenomenológica, mas também para o estudo da organização topológica do campo vivencial em todos os casos estudados e para a colheita dos elementos psicopatológicos que codificamos no instrumento informático que reproduzimos no apêndice desta obra.

Por razões estritamente didácticas constituímos quatro tipos de documentos fenomenológicos, por forma a podermos explicitar e, sobretudo, uniformizar os modelos clínico e científico com os quais suportamos a investigação.

1º Documento

Análise fenomenológica de histórias de vida típicas que ilustram os critérios de inclusão e de exclusão.

Desenvolvemos o estudo de histórias de vida de alguns doentes, servindo-nos do modelo de entrevista de McAdams²⁵⁵, adaptado evidentemente aos requisitos da nossa investigação, e, sobretudo, adaptado à aplicação do método fenomenológico. No apêndice deste trabalho consta o modelo de entrevista por nós utilizado.

Seleccionámos seis histórias de vida nas quais o delírio funcionava como o denominador comum. É claro que seis histórias de vida correspondem a outros tantos mundos vivenciais, que, de comum, têm apenas o espaço e o tempo que partilham e, no pressuposto de decorrerem, pelo menos durante certo tempo, em estado de saúde mental plena, talvez partilhem também, a realidade inter-humana que serve de suporte lógico à vida em sociedade e à convivência com os outros. Só em teoria podemos de facto padronizar critérios uniformes e objectivos, passíveis de serem medidos e avaliados em comparação. Quer dizer, a psicologia, e, mais ainda a psicopatologia, está carregada de elementos subjectivos difíceis portanto de transformar em algo capaz de ser objectivado. Em todo o caso, o modelo que seguimos (psicopatologia inter-accional)²⁵⁶, permite-nos, pelo menos, aproximar da verdade. Trata-se de um modelo, que, no essencial, postula que o fenómeno psicopatológico está inscrito na dinâmica relacional estabelecida entre o “observador” e o “sujeito – observado”. Daí as dificuldades de medição. De facto, os fenómenos psicopatológicos, ou melhor, as vivências que os suportam, não são passíveis de serem medidos ou quantificados, na base de um modelo empírico; apenas são apreciados numa óptica de tipo valorativo. Contudo, para podermos alcançar alguma sistematização dessa trama vivencial, servimo-nos dum modelo centrado na relação interpessoal, a partir da qual construímos os documentos fenomenológicos que estamos a expor.

Mas uma outra vantagem colhemos das histórias de vida relatadas. Apurámos, com toda a clareza, a questão da compreensibilidade temática da maior parte dos delírios, mesmo daqueles cujo conteúdo nos parecia à primeira vista de todo

²⁵⁵ McAdams, D.P. (1994): *The Person – introduction to personality psychology*, 2ª edição.

Nota: ver apêndice.

²⁵⁶ Glatzel, J. (1985): *Psicopatologia e Sociologia*. Em Lopes, G. (Ed.), *Curso de Psicopatologia*. Ed. HCF, Porto, Pg. 127-137.

incompreensível.

A compreensibilidade formal do delírio que relatamos na História do Alfredo (1ª História de Vida) permitiu-nos esclarecer a etiologia de alguns delírios não esquizofrênicos. No caso presente a questão dos delírios sensitivos de referência.

Recordemos a análise fenomenológica e “gestáltica” deste delírio

A história clínica parece conter, à primeira vista, um conjunto de sintomas que apontam para o diagnóstico duma possível esquizofrenia. De facto, o paciente relaciona consigo próprio certos acontecimentos, dando-lhes um significado estranho e singular, isto é, descobre um nexos abnorme a ligar certos fenómenos que vai observando e o próprio eu. Recordemos da história clínica os sorrisos que eram entendidos como sinais de referência à incapacidade sexual do paciente; lembremos os processos que eram intencionalmente distribuídos pelos funcionários e os que lhe cabiam tinham um conteúdo que, de alguma forma, se relacionava com ele; enfim, a troça que percebia nos olhares e tantos outros sinais que lhe eram dirigidos, ou melhor que ele auto-relacionava consigo próprio, eram vivenciados de forma muito especial e, não raro, dolorosa. Sentia-se notado e diversas vezes posto à prova.

Porém, se descermos um pouco mais na análise fenomenológica, percebemos que a linha de pensamento está estruturalmente tocada pela presença ofuscante do tal nexos abnorme que polariza grande parte do mundo vivencial do sujeito e que o orienta no sentido auto-referencial. Realmente, o paciente sente-se apontado, notado e relaciona os sorrisos dos outros como algo a ele dirigido. Dá-lhes um significado preciso e privado, conectado singularmente com a sua vida sexual. Mas a estrutura auto-referencial é, no plano formal, muito simples, rodando sempre à volta dum tema único e que se prende com a inferioridade sexual do paciente. Em boa verdade não encontramos outros temas (conteúdos) delirantes em toda a história clínica, o que de certa forma contradiz a possibilidade de estarmos diante de um processo de auto-relacionamento esquizofrênico, no qual, as alterações estruturais, seriam variadas como variados seriam também os conteúdos delirantes, por força da dinâmica do próprio processo psicótico.

Por outro lado, descobrimos em toda a história, mesmo nas estruturas psicopatológicas mais vincadas, um fio de compreensibilidade (Jaspers) em relação à génese dos diversos sintomas. Isto é, não se trata dum sintoma primário (incompreensível) no sentido de Jaspers, pois o significado abnorme vivenciado, é arrancado da percepção (sorriso), não de maneira directa e imediata como é característico dos sintomas primários, mas sim totalmente de acordo com toda a ambiência vivencial e comportamental do paciente. Quer dizer, o significado arrancado da percepção não se impôs ao sujeito de forma forçada, mas sim seguindo uma linha de coerência com as circunstâncias existenciais do paciente; numa palavra, de forma compreensível, quer no plano temático, quer no plano estrutural ou formal.

Outros sintomas, tais como a relação que o paciente estabeleceu entre a percepção do gato preto que, certo dia, se atravessou no seu caminho e que, de seguida, foi colhido por um automóvel, confirmando, de certa forma, a direcção sinistra da suspeição e o significado que daí extraiu e que ditava o insucesso da nascente relação afectiva com uma vizinha, insere-se totalmente no contexto cultural e tradicional que rodeia certos grupos sociais, no caso vertente o grupo a que o nosso doente pertence. Vide a este respeito o Cap. Continuidade de Sentido, onde é tratada com pormenor esta temática.

Analisado o caso clínico no plano topológico pergunta-se: estamos na presença duma vivência apofântica no sentido de Conrad? Ora vejamos. Dissecando os sintomas de maior expressão psicopatológica, esbarramos com aquilo que parece corresponder a uma percepção delirante: os sorrisos, já analisados no plano da fenomenologia descritiva. Tais sorrisos parecem cumprir os três graus da percepção delirante no sentido apofântico. Em primeiro lugar os sorrisos captados pelo paciente sugerem-lhe que se relacionavam com ele. Em segundo lugar, Alfredo entende-os como algo que foi produzido de propósito para ele os captar. Em terceiro lugar, os sorrisos significam uma alusão à sua inferioridade genital; é um sinal que revela, no exterior, a sua incapacidade sexual. Porém, o desenho fenomenológico da percepção delirante é ilusório, porquanto o tema é invariável e quando se altera encerra sempre o mesmo motivo. Ora, habitualmente, na esquizofrenia o tema não só varia espontaneamente, como ainda flui de forma incompreensível tendo em conta o contexto da situação. Por outro lado, o tema integra-se com coerência nas preocupações fundamentais do paciente, o que, de certa forma, mais do que invulgar, é praticamente incompatível com a esquizofrenia. Por último, todo o acontecer psicopatológico se insere no tipo de personalidade “sensitiva” do paciente e não em contraposição com ela como acontece quase sempre nas vivências de carácter apofântico.

Não se captam, portanto, sinais de profundas mutações vivenciais na história deste paciente. O que acontece é que, no contexto da personalidade “sensitiva”, e, fruto de acentuadas dificuldades relacionais, exacerbadas por experiências sexuais frustrantes, pondo em movimento as chamadas “vivências chave” de Kurt Schneider, o paciente fica como que perdido num mar de forças tensionais exacerbadas, com especial relevância ao nível do “encontro” com os outros.

No documento que se segue e que reproduz o exame topológico da segunda história de vida (Carlos), está bem patente a génese da auto-referência, bem como a análise estrutural do delírio esquizofrénico.

No campo vivencial deste doente (Carlos) destacava-se a mãe como figura geradora de tensão. De facto, a vida familiar sempre representou para Carlos uma sobrecarga tensional a partir dos quatro anos, idade em que deixou de ser o filho mais novo. Durante todo o percurso infante – juvenil, os vectores do campo vivencial, sempre se orientaram ao redor dum triângulo cujos vértices ligavam o paciente ao irmão mais novo, este à mãe e esta de novo ao paciente. Esta dinâmica tensional sempre acompanhou o nosso doente em todo o seu desenvolvimento juvenil, forçando-o a

desenhar e a projectar a sua trajectória existencial numa forma sombria e, aqui e além, funcionalmente desajustada.

Com a entrada na universidade, que, como sabemos se processou contra a vontade do doente, o campo de forças tensionais avivou-se, mas ainda não o suficiente para derrubar a personalidade e perverter o comportamento. A partir do meio do curso achou que qualquer coisa de estranho tocava o ambiente que o envolvia, sentia-se tenso, angustiado, expectante. Procurava em vão entender o que se passava. Não percebia, mas alguma coisa havia!... O ambiente cada vez lhe era mais hostil (quer em casa, quer na Faculdade); o campo de forças apertava-se ao seu redor e a ansiedade crescia, crescia a olhos vistos. Em relação ao mundo externo, procurava refugiar-se nos espaços mais íntimos, isolando-se (em casa, no quarto de dormir; na universidade, nos cantos das salas e dos corredores). Em relação ao mundo interno abrigava-se cada vez mais na introversão. De alguma forma estes mecanismos defensivos foram sustentando e até aliviando a pressão que o campo vivencial exercia sobre o paciente.

Estávamos em plena travessia daquilo a que Conrad chamou o *trema*. Se nos basearmos na fenomenologia que colhemos, apuramos que o *trema* marcou a vida de Carlos nos últimos anos. A pressão sentida como força adversa vinda de fora, a inquietação, a angústia, a insegurança, tudo isto a evoluir longo tempo num contexto de humor depressivo, criou a atmosfera anímica de fundo da qual emergiu a desconfiança e a consequente perda da liberdade. De facto, o paciente sentia barreiras por todos os lados, particularmente na universidade e em casa, barreiras essas que o apertavam, que lhe reduziavam o espaço e que lhe criavam cada vez mais dificuldades para saltar para a tranquilidade. A casa e o seu pesado ambiente como que é trasladado para a escola, tomando-se também esta intolerável. Nada já é “casual” e “neutro”²⁵⁷, tudo começa a adquirir uma importância crescente, mesmo as pequenas coisas (aquelas pequenas coisas que compõem os fundos dos campos vivenciais e que outrora passavam despercebidas). A vida, nestas circunstâncias, quer em casa quer na escola e, por último em todo o lado, começa a ser tormentosa, porque cercada por círculos vivenciais carregados de frieza e de hostilidade. A existência de Carlos fica como que entregue a um eu, cada vez mais esmagado contra si próprio.

Em todo o campo há, porém, um elemento que, pela sua importância, começa a tingir com tinta permanente todo o mundo vivencial do nosso paciente. Destaca-se de todos os outros, mobiliza por completo a atenção do paciente, apaga mesmo tudo o resto que gira ao seu redor e, o que é mais surpreendente, adquire bruscamente a particular característica do “inautêntico”, do “simulado”²⁵⁸. Simulado para quem? Para o nosso doente evidentemente, referenciado ao nosso doente. - Aquela senhora não é sua mãe mas sim encarna um espírito maligno que o quer aniquilar -. Teve neste momento lugar a vivência que Jaspers consagrou com a designação de “consciência de significação

²⁵⁷ Nota: No sentido de Binswanger.

²⁵⁸ Nota: No sentido de Conrad.

anormal". A partir de então, todo o sistema de referências se modifica. As tensões brutais acumuladas escoam-se agora pelos interstícios das barreiras que tapavam a verdade. Esta, a verdade, uma verdade especialíssima, começa então a cobrir com as suas cores apofânticas todo o espaço externo. É como se uma película de fotografia negra e invertida ou codificada, surgisse agora direita e nítida depois da *revelação*. Tudo neste momento (solene, porque se abriram de par em par as portas da revelação) se entende. A comida está envenenada; a minha mãe é um fantoche ao serviço de alguém.

É claro que num mundo onde o misticismo e o charlatanismo ainda têm o seu espaço, os médicos e os psicólogos são frequentemente confrontados com situações de manipulação psicológica de espíritos previamente fragilizados por qualquer circunstância. Contudo, com uma argumentação convincente, o sujeito é passível de ser seduzido (esclarecido) e voltar atrás nas ideias que havia formulado. A cada passo nos perdemos por instantes em pequenos enganos e seduções que, de seguida, após reflexão mais apurada ou esclarecimento vindo de fora, reparamos ou revalorizamos, voltando sempre que necessário atrás na percepção do mundo. Ilustremos isto com um exemplo do dia a dia. Num café eu vejo um sujeito a olhar para mim. Tenho dúvidas se o conheço. O sujeito faz um gesto de saudação na minha direcção e eu respondo-lhe. Depois dou conta que afinal a saudação não era para mim mas sim para uma pessoa que estava na mesa ao meu lado. Aquela saudação não se *referia* a mim. De alguma forma eu ponho o outro (o meu vizinho de mesa) no meu lugar. Isto é eu passo do meu mundo (aquilo era comigo) para o mundo dos outros onde necessariamente eu estou incluído (aquilo afinal não é comigo mas com o outro – o meu vizinho). Mudei, portanto, de sistema de referência, alterei sem esforço nenhum a relação de significado (primeiro o sinal de saudação estava referido a mim e agora está referido a outro; pus então o outro no lugar que eu há pouco ocupei). Ora, no caso do nosso doente isso já não era possível. A vidente confirmava-lhe aquilo que no fundo ele já sabia – aquela senhora não era a mãe dele; abrigava no seu seio a inautenticidade e mais do que tudo isto era protagonista dum papel cuja temática se dirigia por inteiro ao próprio doente. Tudo que flui ao seu lado lhe está dirigido. As coisas adquirem então um significado especial, quer no espaço externo (percepções delirantes, ocorrências delirantes - atrás já discutidas), quer no espaço interno.

Todas as percepções delirantes colhidas na história clínica foram discutidas fenomenologicamente na secção – análise psicopatológica. Vamos abordá-las agora numa perspectiva topológica e gestáltica. De facto, os vários sintomas que definimos como percepções delirantes seguem integralmente as três etapas do caminho que culmina finalmente na percepção delirante (Conrad, 1963). Primeira etapa – em todos os casos o objecto percebido indica ao enfermo que se refere a ele (o disco verde, os olhos das pessoas à porta do café, a luz do automóvel, etc). Segunda etapa – O objecto percebido indica-lhe que se refere a ele e ele também sabe imediatamente porquê (o disco verde, os olhos das pessoas, a luz do automóvel, foram ali *postos* ou assim *feitos* especificamente e especialmente para ele, por forma por exemplo a chamar-lhe a atenção ou a submetê-lo a qualquer prova). Terceira etapa – O objecto percebido tem um significado bem específico e evidente para o nosso doente (o disco verde significa finalmente o seu

aniquilamento, a luz do automóvel significa que ele tem mais uma oportunidade para escapar das garras dos seus inimigos e os olhos das pessoas do café encerram em si o gáudio pelo seu aniquilamento). Este significado é arrancado ou pelo menos sugerido ao paciente pelas chamadas “propriedades essenciais”, que, a partir de certa altura dominam por completo a consciência do sujeito, acabando por “dinamitar” (Fonseca, 1987) todo o campo vivencial.

A intensidade da *apofania* vai subindo da primeira até à terceira etapa. A percepção, na psicologia normal, corresponde a um complexo processo que começa na impressão sensorial e acaba na compreensão do percebido. Em todo este percurso, que se enriquece e complica desde a simples sensação (início do processo) até à formulação dum símbolo compreensivo e compreensível (para o sujeito e para os outros), existe uma cadeia de fases que se ligam entre si por vínculos coerentes mediados pela energia vital. O que acontece na percepção delirante é uma alteração da própria estrutura do processo perceptivo. Como? Através do relaxamento do conjunto de todo o processo perceptivo (não ruptura, como acontece em certos processos orgânicos), abrindo caminho à emergência das chamadas “propriedades essenciais” (Conrad, 1963). Na primeira metade do Séc. XX foi muito discutida uma interessante teoria que interpretava o adoecer esquizofrénico como algo que emergia duma certa “hipotonia da consciência”²⁵⁹. Estas propriedades ou características tomariam o todo pela parte e explicariam o significado aberrante, estranho e aparentemente incompreensível das vivências esquizofrénicas, designadamente das percepções delirantes (mas também obviamente de todos os outros processos psicológicos). Assim por exemplo na nossa história o sangue com que o doente escreve no espelho a letra M, pode ser considerado uma “propriedade essencial” da mãe – *sangue do meu sangue*; assim como a fonte donde o sangue saiu – o pénis, ou seja o órgão que em primeiríssima mão depositou Carlos (uma parte bem entendido) no ventre de sua mãe; o mesmo sangue serve de tinta para o desenho explícito da letra M de mãe, mas também da letra M de morte; mãe e morte estão aqui bem imanadas no veredicto final: o aniquilamento.

A brutal desconfiança²⁶⁰, a perplexidade e a angústia, minando cada vez mais os alicerces do campo vivencial, acabam por ajudar a empurrar o doente para actos absurdos ou bizarros, muitas vezes perpetrados no declive da desorganização autística da personalidade. A auto-mutilação do pénis corresponde exactamente a um destes insólitos e dramáticos desvios do comportamento.

A cor verde do disco que permitia a passagem do automóvel que transportava Carlos, permite também a passagem para o veredicto final – o aniquilamento. Em geral o verde (a cor verde) significa permissão para qualquer coisa. Significa ainda (praticamente em todas as culturas) esperança. Não custa a acreditar que se o nosso doente estivesse numa fase de alegria expansiva, interpretasse o mesmo facto como a permissão dada por alguém para a sua ascensão ao céu. Mas no caso vertente

²⁵⁹ Nota: no sentido de Berze.

²⁶⁰ Fonseca F. (1987): *Psiquiatria e Psicopatologia*, II Vol, Op. cit. Pg. 50.

Nota: O autor considera a desconfiança como um sintoma primário da esquizofrenia, constituindo um dos “alicerces «gestálticos» do humor delirante e um sintoma premonitório do autismo”.

e, tendo em conta toda a dinâmica topológica do campo, significa tão só a permissão para a morte. Existe assim uma certa compreensibilidade na temática delirante. Isto é, em relação ao conteúdo, é muitas vezes possível descortinar uma certa continuidade de sentido. Porém, o facto de se perceber de forma delirante, o facto de alguém ouvir vozes que dialogam entre si ou que comentam os actos dos doentes, como no caso que estamos a estudar, o facto em si, esse não é de todo compreensível e encerra no seu seio uma brutal ruptura da continuidade de sentido.

O processo psicopatológico avança mais um pouco e com ele o relaxamento da estrutura global da percepção, abrindo caminho para a liberdade às múltiplas constelações de “propriedades essenciais” que animam qualquer objecto. O espaço envolvente rapidamente fica tomado; as “propriedades essenciais” assumem o comando de tudo. Nada já é casual. Os próprios objectos materiais, a matéria em si mesma, adquire um valor distinto e por vezes sinistro. Os olhos das pessoas do nosso exemplo estavam ali postos, postos para ele doente, não enquanto função (os olhos servem obviamente para ver), mas enquanto estrutura, enquanto figura que se destaca dum fundo, ele próprio totalmente tomado, totalmente tocado apofanticamente e, portanto, não neutro.

Tal como acontece num acidente ferroviário, no qual o comboio, embora descarrilado, ainda se mantém por algum tempo direito, deslizando no sentido que trazia, escorado talvez na inércia, ou talvez no roçar lateral dos carris ou simplesmente na sorte, também as vivências apofânticas permitem, por algum tempo, uma certa presença de sentido e de convivência (muito frágil embora) com o mundo dos outros. Mas, tal como no comboio acidentado do nosso exemplo, um instante mais e as carruagens tombam pela ravina abaixo, deixando atrás de si o caos e a confusão, também na apofania, um passo mais e o sentido global do campo desagrega-se de vez, a confusão instala-se, as vivências jorram em catadupa sem qualquer organização, apenas comandadas pelo leme do aleatório e pelo colorido das “propriedades essenciais”, absolutamente soltas e perdidas no oceano da desagregação apocalíptica.

É este o estado no qual o nosso doente conduz o barco da sua existência, sem bússola e sem terra à vista.

2º Documento

Extractos de histórias clínicas nas quais a experiência delirante, ou a experiência apofântica, quando existe, pode não corresponder ao adoecer esquizofrénico.

Observámos alguns casos nos quais, não obstante a experiência apofântica estar bem presente e passível de ser analisada no plano fenomenológico e estrutural com toda a clareza, não pertencem ao mundo esquizofrénico, comportando-se como

verdadeiras doenças. Isto é, comportando-se como entidades clínicas nas quais se conhece com toda a clareza a etiologia, a patogenia e o prognóstico. Em todos eles existe uma evidente afectação do somático, quer no plano funcional quer no plano orgânico. Cumpre-se de alguma forma o requisito schneideriano do diagnóstico bifronte²⁶¹, isto é a psicopatologia (aliás muito semelhante à psicopatologia esquizofrénica) emana dum processo somático conhecido. Os famosos pontos de interrogação (Figura 29) que constam do esquema schneideriano, relacionados com a vertente somática da esquizofrenia, estão aqui preenchidos com transtornos concretos (epilépticos, orgânicos e tóxicos) nos exemplos que adiante vamos tratar e que constam das nossas histórias.

Ordenação somática (etiológica)	Ordenação psíquica
Intoxicações	Aguda: obnubilação da consciência Crónica: desintegração da personalidade (Se congénito: baixo nível de desenvolvimento da personalidade) e demência
Paralisia	
Outras infecções	
Malformações cerebrais	
Outras enfermidades internas	
Traumatismos cerebrais	
Arteriosclerose cerebral	
Enfermidades cerebrais senis	
Outras enfermidades cerebrais	
Epilepsia genuína	
?	Ciclotimia
?	Esquizofrenia

Figura 29 – A vertente somática e psíquica.

Vivência apofântica numa psicose de base orgânica:

No caso clínico do nosso doente Adriano, o delírio surge de forma súbita, numa idade tardia e

²⁶¹ Schneider, Kurt (1963):Op. cit. Pg. 14.

enxertado numa personalidade até aí normal. A análise psicopatológica revela uma etiopatogenia claramente orgânica.

Sempre que na avaliação dum quadro clínico nos aparecem sintomas de origem orgânico-cerebral, toda a psicopatologia depressiva ou esquizofrénica passa para segundo plano. No caso vertente, surgem, de facto, sintomas delirantes de tipo persecutório, de tipo megalómano e de tipo certamente passional, mas brotam dum processo claramente orgânico, de provável etiopatogenia artereosclerótica, seguramente facilitada pela presença conjugada da diabetes e da hipertensão.

E porque não se trata dum quadro defectual secundário a uma eventual psicose paranoide em idade tardia? De facto, trata-se dum quadro psico-orgânico pelas razões seguintes:

1. Há uma desintegração irreversível da linha histórico-vital do sujeito e não uma simples mutação do processo psíquico ou transformação qualitativa da linha histórico-vital.
2. Os transtornos, provocados pela desintegração orgânica, afectaram sobretudo a inteligência e a memória. Se se tratasse dum defeito psicótico o déficit provocado pela mutação esquizofrénica residiria, fundamentalmente, no esvaziamento da afectividade e na anulação da vontade.
3. O quadro orgânico é progressivo e tende sempre a piorar, como aconteceu no caso vertente. Se fosse um defeito psicótico deter-se-ia num determinado estágio, o que de facto não se verificou.

Vivência apofântica numa psicose de base tóxica:

O caso Sara coloca-nos diante duma arquitectura psicopatológica onde é possível detectar uma etiopatogenia tóxica indiscutível.

Sara (27 anos), era frequentemente surpreendida a falar sozinha, respondendo a insultos que lhe eram dirigidos. Perante a perplexidade e incompreensão dos pais que lhe diziam que nada ouviam, a doente reagia com violência acusando-os de estarem aliados com aqueles que lhe queriam mal e que em voz alta a insultavam. Como podiam os pais nada ouvir?

Numa das vezes insultou a mãe, acusando-a de ter misturado na comida uma substância visando anestesiá-la. Tinha em diversas ocasiões percebido na comida a presença de produtos esquisitos que, sem dúvida, eram lá postos para ela. Talvez para a hipnotizar. Sentia-os através dum gosto estranho que não sabe precisar. Sabe apenas que os alimentos manipulados pela mãe veiculavam os referidas produtos.

Quando saía de casa, o que naquele período era raro, sentia-se notada e vigiada pelas pessoas. Um dia cruzou-se com uma senhora que passava na rua. Esta transportava uma saca de compras que ostentava uma publicidade a um super mercado. Aquele facto foi entendido como algo a ela especificamente dirigido. A senhora passou de propósito por ali para a atrair, para lhe prender a

atenção, afirm de que ela visse o sinal que o saco ostentava e que se contraía na palavra “pingo”; era sem dúvida uma agressão, um insulto intolerável; ela era um “pingo de gente”, ou talvez viesse a ser reduzida a um “pingo humano insignificante”.

Se ficasse-mos por aqui na análise psicopatológica e fenomenológica deste caso, não restavam quaisquer dúvidas de que estávamos diante duma psicose esquizofrénica. Aqui encontramos delírios persecutórios, alucinações auditivas e gustativas, ideias de auto-referência e percepções delirantes. Encontramos portanto vários sintomas de Primeira Ordem (K. Schneider) que, de alguma forma, nos garantem o diagnóstico.

Porém, prosseguindo o estudo deste caso apuramos o seguinte. Sara tem de si uma imagem profundamente desvalorizada. Acha-se gorda, recusa pesar-se pois tem ganho algum peso depois da última avaliação que já ocorreu há bastante tempo. Frequentou em tempos a consulta de nutricionismo mas sem resultados satisfatórios. Desde há cerca de um ano que toma anorexiantes anfetamínicos. E toma-os em doses altíssimas.

Apresenta um trémulo fino das extremidades, dores abdominais, amenorreia, leve desidratação, cefaleias, taquicardia, insónia e transtornos neuro-vegetativos.

Internada numa instituição psiquiátrica fez um tratamento de desintoxicação conjugado com a administração de sedativos, neurolépticos e apoio psicoterapêutico durante três semanas. Ao cabo deste tempo todos os sintomas psicóticos tinham desaparecido, restando apenas a desvalorizada imagem de si própria particularmente ao nível da imagem do corpo.

Tal como amplamente temos ilustrado noutras histórias clínicas também aqui abundam vivências apofânticas. E também tais vivências cumprem todos requisitos que definem a apofania. Assim em relação à vivência apofântica externa encontramos nesta história:

1. A consciência de significação vaga (Sara sentia que muitos objectos ao seu redor se referiam a ela, embora não soubesse precisar exactamente porquê; Ex: Recolhia de muitos programas e até de alguma publicidade, sinais a ela dirigidos, embora não soubesse precisar o sentido dessa referência).
2. A vivência do posto (para além de saber que muitos objectos se referiam a ela também sabia que eles desfilavam diante de si para atrair a sua atenção; Ex: Um dia passou uma senhora diante dela com uma saca de compras nas mãos que ostentava publicidade a um super mercado. Aquele facto foi entendido como algo a ela especificamente dirigido. A senhora passou de propósito por ali para a atrair, para lhe prender a atenção ...)
3. Percepção delirante (Sara arranca dos objectos percebidos um significado muito específico a ela referido; Ex: A senhora passou de propósito por ali para a atrair, para lhe prender a atenção, afirm de que ela visse o sinal que o saco ostentava e que se contraía na palavra “pingo”; era sem dúvida uma agressão, um insulto intolerável; ela era um “pingo de gente”,

ou talvez viesse a ser reduzida a um “pingo humano insignificante”).

Porém, o facto de existirem vivências apofânticas não valida a presença duma esquizofrenia. No caso vertente, encontramos uma etiopatogenia incontestável de natureza tóxica. A sua semelhança, no plano psicopatológico e também no plano fenomenológico, com a esquizofrenia, faz-nos pensar seriamente na tal *somatosis* que servirá de base etiológica à psicose esquizofrénica.

Vivência apofântica numa psicose de base epiléptica:

O paciente apresenta-se-nos distante, um pouco alheado de tudo que o envolve, porém, orientado no tempo, no espaço e na situação presente, quer em relação a si próprio, quer em relação ao ambiente circundante. Sabe que está numa consulta médica, aparentemente não está contrariado, mas, sobretudo no início, não adere a ela. Mandámos sair os pais do consultório e então o paciente disse-nos que na sala de espera estavam pessoas que ele conhecia há longos anos. Abeirou-se de nós como que segredando qualquer coisa, para nos dizer que os pais “estavam feitos” com clientes que permaneciam na sala de espera. A aliança dos pais com aquelas pessoas tinha em vista o seu internamento forçado. Os pais tudo tinham feito para se verem livres dele. No quarto de dormir detectara, numa das últimas noites, um “placard” luminoso cintilando de forma intermitente a palavra manicómio.

Conseguimos convencer o paciente a fazer um EEG e a aceitar a medicação que lhe prescrevemos.

Num contacto posterior com a mãe recolhemos a seguinte informação: Oito dias antes desta consulta o paciente foi encontrado no seu quarto, caído no chão, espumando uma saliva ensanguentada, desorientado. Com algum custo a mãe o convenceu a deitar-se. Duas horas mais tarde o paciente parecia estar bem, melhor mesmo do que estivera nos dias anteriores, sublinha a mãe. No dia seguinte não recordava o episódio descrito e, o seu comportamento, regressava a pouco e pouco ao estado de perturbação, inquietação e irritabilidade anteriores.

Não foram registados no passado quaisquer episódios dignos de registo no capítulo comportamental. Nem se apuraram episódios que nos pudessem sugerir desorientações temporoespaciais, perdas de conhecimento, automatismos ou crises convulsivas. Na família não se apuraram igualmente factos relacionados com qualquer forma de doença cornicial.

O paciente tinha, até ao início da doença, uma personalidade dócil, sintónica, ligeiramente extrovertida e de fácil contacto.

O exame EEG revelava um foco temporal.

Após tratamento com “carbamazepina” melhorou francamente, restando contudo uma irritabilidade que se lhe não conhecia.

Também neste caso detectamos factores condicionantes do delírio (e da apofania que lhe serve

de núcleo), factores esses que afectam naturalmente a actividade cerebral, levando-nos então a pensar que uma das condições fundamentais para a génese do delírio (esquizofrénico ou esquizofreniforme) resida de facto numa actividade cerebral anormal.

3º Documento

Extractos de histórias clínicas, como exemplos típicos das diferentes formas de adoecer esquizofrénico seleccionadas na amostra.

Recordemos a história do Ricardo como exemplo típico duma forma de esquizofrenia pseudo-neurótica e completemo-la.

Ricardo reagiu à morte do avô de forma estranha. Não chorou, não revelou (externamente pelo menos) qualquer sinal compatível com o acontecimento funesto que o tocara, não obstante seu avô ser a pessoa do mundo a quem diz ter estado mais ligado. Com o avô, revela-nos hoje, partiu também aquele que o poderia esclarecer a respeito da possibilidade de ter sido trocado no hospital. No período em que o avô esteve enfermo, depois do acidente vascular, o Ricardo praticamente não o visitou, facto que escandalizou a família e os vizinhos. No próprio funeral, surpreendentemente, o rapaz teve um ataque de riso, embora um parente afastado, com quem falámos, achasse que tal incidente teria acontecido pela grande instabilidade emocional do moço, pois ele ter-se-ia esforçado para evitar tal descontrolo. Pareceu, portanto, a este parente, que o Ricardo teve crítica em relação à inoportunidade do riso. Porém, alguns colegas tinham-no surpreendido várias vezes a rir-se sozinho e achavam que o Ricardo ultimamente andava mais excitado, transbordando uma alegria estranha, de todo incompatível com o estado de saúde do avô.

Apresentava-se tenso, inquieto, isolava-se cada vez mais; dava a impressão que fugia de qualquer coisa.

Confessa-nos hoje que se sentia ameaçado por algo que estaria próximo de receber a luz do dia. A morte do avô prenunciava que estava iminente a queda do disfarce; não sabia o quê mas tinha a certeza que algo de grande significado estava para acontecer. Sentia-se como que encurralado num enredo que não compreendia, mas que sabia corresponder a uma trama que o envolvia de modo central. Tudo agora lhe parecia estranho e sinistramente novo.

Regressado ao lar de estudantes, começou a mostrar sinais de grande desconfiança em relação ao seu colega de quarto, que expulsou da sua companhia, depois de o ter insultado, acusando-o de conspirar contra ele. Nessa noite o colega, aluno de medicina, mantinha-se a estudar numa secretária que ambos partilhavam no quarto de dormir. Ricardo olhava-o com ar estranho (o que assustou o colega) fixando os olhos “esbugalhados” (expressão do colega) ora no candeeiro de mesa, ora nos livros pousados em cima da secretária, ora num espaço indefinido do quarto “como que a

meditar”. Mais tarde o doente confessou-nos que o colega havia sido posto ali, junto dele, no mesmo quarto, para o manter localizado e controlado; disfarçado de estudante, fingia preparar as lições do seu curso de medicina; durante a noite, mantinha a luz do candeeiro acesa para melhor focar e estudar os seus movimentos quando adormecido, tendo então oportunidade nessa altura para manipular, com todo o à vontade, o seu espírito e a sua vida. Ele (o colega) sabia quem eram os seus verdadeiros pais, e, sem dúvida, fazia parte integrante de todo o plano que orientava a sua vida. Ricardo sentia que estava a servir de cobaia a uma experiência médica que visava a transformação total das pessoas quando sujeitas desde pequenas a conviverem com outros pais.

A comida do lar era evitada. Achava que veiculava um produto que o poderia volatilizar. Por outro lado tinha dúvidas se este não seria o caminho ajustado para encontrar os seus verdadeiros pais.

O lar tinha um pequeno jardim. Ricardo, sentado num banco entretinha-se a encaracolar uma pequena madeixa de cabelo sobre a testa que depois arrancava um a um deixando a área salpicada de sangue (tricotilomania). Tinha-se multiplicado este comportamento nos últimos meses deixando, naturalmente os companheiros arrepiados quando assistiam à cena. Este e outros factos levaram os colegas a pedir auxílio aos responsáveis dos lares universitários, no sentido de ser feita alguma coisa para ajudar o Ricardo.

Bom, mas voltando ao banco do jardim, o rapaz ouvia com atenção, o cantar dum pintassilgo que saltava na ponta dum ramo duma figueira. O cantar era “uma fala que trazia um esclarecimento e uma solução”. Tudo iria terminar em breve. Ele era descendente dos czares russos e não tardaria regressar à glória ancestral dos seus antepassados. A pura religiosidade dos tempos remotos tinha sido conservada naquela casa modesta, onde gente disfarçada de humilde, promovera a sua educação. Agora Ricardo estaria apto a poder transmitir ao seu povo “faminto”, não só a educação, mas também o saber espiritual.

Tudo lhe parecia radicalmente mudado. Tudo encerrava agora significados precisos e condizentes com os desígnios que lhe estavam destinados. O mundo tinha os olhos nele. Os colegas da residência sabiam tudo a seu respeito. Liam no seu pensamento. A TV emitia-lhe mensagens constantes. Estas eram veiculadas por cenas de filmes, por frases soltas dum telejornal e até pela própria publicidade.

Acompanhava-o quase em permanência o sentimento de presença de seres estranhos e invisíveis à sua volta. Diz-nos mais tarde: eram seres semelhantes aos anjos, embora distintos destes, porque se trata de gente concreta que se desmaterializou. E acrescenta: “são pessoas como nós, eu toco-lhes, sinto o seu cheiro, oiço o seu barulho”.

Análise topológica e “gestáltica”.

Depois dum longo trema, o delírio surge de forma lenta e arrastada, sempre preso a acontecimentos fulcrais da sua vida. O “estabelecimento de relações sem motivo” aparece inúmeras

vezes.

Em certas ocasiões desta história, é difícil separar, com algum rigor, a natureza das vivências. De facto, os comportamentos enraizados em tradições populares e de forte matiz cultural, imbricam-se com comportamentos ditados pela estrutura da personalidade e com outros provocados pela doença esquizofrénica. São fundamentalmente estes que nos interessam. E se explanamos a história desta maneira, servindo-nos dum pincel e de aguarelas para retratar as vivências do Ricardo, ensaiadas a um canto desse Portugal provinciano dos anos cinquenta e sessenta, é porque, pensamos provar, que ao longo de toda a desorganização “gestáltica” do campo vivencial, as figuras que sobem para o palco, inteiras umas, distorcidas outras, vêm vestidas com as roupas guardadas nos gavetões da casa onde o Ricardo cresceu. É assim que compreendemos muitos dos temas delirantes, mesmo os mais bizarros, que vieram preencher a vida do jovem psicótico. Num primeiro momento de observação psicopatológica, tudo nos pareceu sem sentido. Todo o conteúdo delirante parecia emergir duma corrente entrecortada de sulcos profundos impondo ao discurso quebras da continuidade de sentido.

Porém, numa observação mais atenta, conseguimos estabelecer alguns nexos compreensíveis (Jaspers) entre o acontecer delirante e o acontecer reactivo-vivencial presente e passado.

Mas, se apesar de tudo, descobrimos ao longo da história alguma coerência temática, isto é, se somos capazes de captar alguma compreensibilidade em relação ao conteúdo delirante, já em relação à forma de delirar não entendemos nada ou quase nada. Isto é, a compreensibilidade do facto em si mesmo de o Ricardo (ou todos os Ricardos do mundo nas mesmas circunstâncias), delirar ou alucinar escapa-se-nos de todo.

O trema prolongou-se, como acima referimos, por algum tempo. Ricardo andava tenso, inquieto, desconfiado, exibindo “uma alegria estranha” durante a doença do avô e após a sua morte. Esta aliás prenunciava a chegada de algo que se levantava diante dele como sinistro e ameaçador. O mundo tornara-se estranho. O paciente experimenta um sentimento de aperto interior e um estreitamento do campo vivencial, configurando aquilo a que a psicologia topológica chama a perda da liberdade. As dúvidas que o assolam, a insegurança e a desconfiança, fomentam uma quebra da neutralidade e a natural casualidade dos acontecimentos é das figuras que preenchem o campo. Tudo lhe parece estranho; quer dizer o transfundo das coisas começa a adquirir o mesmo significado que antes correspondia às figuras que compunham o primeiro plano do campo vivencial. Também o plano afectivo sofreu uma alteração que não passou despercebida às pessoas com as quais o Ricardo se relacionava. A alegria estranha, a incongruência emocional, os risos aparentemente imotivados são exemplos da referida alteração.

À medida que o tempo passa cada vez mais o campo vivencial se estreita. Está agora severamente reduzido, aquando do episódio com o colega, no quarto de dormir, naquela noite sinistra. A desconfiança sobre o companheiro assume proporções inusitadas. Neste contexto, o colega e a sua concentração sobre os livros são a única coisa que se destaca no campo. Chama-lhe naturalmente a

atenção, face ao conteúdo da desconfiança – disfarçado de estudante de medicina, indagando a sua vida secreta, estigmatizado com o selo do inautêntico (está ali ao serviço de alguém que possui um plano concreto em relação a ele). Com este estigma o “simulador” (o colega) põe-se em nítida relação com o Ricardo (o sujeito da vivência do “inautêntico” e “simulado”), o qual, naturalmente, assume o papel central para quem se “simula” e com quem, por consequência, se “relaciona”. Neste momento chave teve lugar a vivência do “pôr em relação sem motivo”, isto é, teve lugar a vivência “apofântica”.

É claro que o colega de quarto em nada se distingue dos outros colegas dos outros quartos. Nem a luz do candeeiro em nada se distingue das outras luzes. Nem existem evidentemente outros factores sejam de que tipo sejam que emprestem ao cenário descrito qualquer timbre de inautêntico. Por exemplo nunca a mãe ou a tia falaram com o colega de quarto para este vigiar (no bom sentido) o companheiro. Se assim sucedesse descobriríamos no cenário e nos protagonistas elementos que nos permitiriam descrever e avaliar o inautêntico. Por outras palavras, tratava-se dum inautêntico autêntico. Mas não; o que se passa é que se impõe ao sujeito um saber absoluto que não permite discussão, perante o qual não há sequer lugar à dúvida. E impõe-se num contexto vivencial específico. Como se torna evidente a apofania estende-se globalmente por todo o campo, não dependendo apenas dos elementos da personalidade em crise, mas também da própria estrutura do campo. Nesta noite, o pequeno espaço do quarto de dormir, o candeeiro projectado certamente sobre livros, iluminando apenas um canto da sala, do qual se destacam figuras, como outrora se destacavam figuras (tingidas de misticismo) dos soturnos ambientes de sua casa durante a infância e a adolescência, em suma o campo vivencial assim configurado facilita o destaque de “propriedades essenciais” dos elementos perceptivos do espaço exterior que acabam por apagar tudo o resto “dinamitar o campo” na feliz expressão de Fonseca e assumir a direcção da revelação.

As ocorrências delirantes e particularmente as percepções delirantes descritas na história clínica, cumprem os três graus consagrados por K. Schneider e Conrad para este tipo de fenomenologia. Vejamos o seguinte exemplo extraído da história: O pintassilgo que cantava pousado numa figueira, cantava para ele, isto é estava ali para ele e não para outra qualquer coisa. Para além deste facto indiscutível Ricardo sabe que o pássaro lhe atrai a atenção e lhe traz uma mensagem especial, quer dizer, sabe o porquê do seu contacto com o a ave (tal contacto não é portanto casual). Em terceiro lugar para lá do porquê sabe o quê, quer dizer conhece o significado do que lhe é transmitido (tais significados são veiculados por nuvens de “propriedades essenciais” que se destacam do campo vivencial); no caso vertente o Ricardo era descendente dos czares russos...

Interessante é a relação temática entre as vivências correspondentes à memória das tardes de Domingo (de colorido emocional ambíguo), nas quais a cabeleira da criança era limpa de parasitas pelos dedos da mãe ou da tia e a tricotilomania que se instalou na vida adulta.

Em resumo, este documento fenomenológico prova que o delírio esquizofrénico no grupo a que Fonseca chamou pseudoneurótico tem, de facto, uma estrutura “gestáltica”, isto é emana, por mecanismos sobre os quais acabámos de reflectir, dum certo tipo de dinâmica topológica que acaba

por alterar radicalmente as regras de legalidade das figuras (vivenciais) internas e externas e do campo vivencial que lhes serve de suporte.

Recordemos a história de Teresa como exemplo típico duma forma de esquizofrenia do grupo afectivo e completemo-la.

(...) O quadro clínico actual iniciou-se há três semanas ... nessa tarde a paciente foi surpreendida pelo pai a prender uma corda num varão dum reposteiro no seu próprio quarto. No passado foi protagonista de algumas tentativas frustradas de suicídio (nenhuma delas do tipo deste).

Segundo o pai refere, Teresa tem andado muito cansada, chorosa, triste e com grande tendência ao isolamento. Nem as suas duas irmãs, de idades muito próximas da sua e com quem se relaciona bem, conseguem romper a barreira de silêncio que a envolve. Aliás, na sequência duma dessas tentativas de ajuda por parte da família, a paciente agitou-se, verbalizando “coisas sem sentido”.

Foi então internada com o diagnóstico de depressão.

Durante os primeiros dias de internamento o quadro clínico era caracterizado por tristeza profunda, isolamento, insónia matinal, lentificação motora e psicológica, inibição e choro frequente.

Uma semana mais tarde o quadro clínico começa a alterar-se. A doente mostra-se agitada, inquieta, amedrontada e com tendência crescente a discutir com as outras doentes e pessoal de serviço, acusando tudo e todos de estarem implicados numa “coligação para a tramar”.

Numa noite, acordou toda a gente, falando em ondas eléctricas que se desprendiam das lâmpadas e que cruzavam o seu corpo, roubando-lhe os pensamentos e forçando-a a excitações viscerais insuportáveis. Mais calma, no dia seguinte, referiu-nos que tinha percebido, quando passeava no jardim da enfermaria, sinais eloquentes da sua morte iminente e também da morte de seu pai. Tinha perpetrado aquela tentativa de suicídio, refere com alguma perplexidade, porque não queria ver o seu pai subir os degraus do cadafalso onde iria cumprir a pena que merecia pelas infidelidades que, no tempo de sua mãe, havia cometido.

Uma doente trazia ao peito um monograma do qual se destacava a letra M; era o símbolo indiscutível do fim próximo – a morte. Na mesa de jantar o seu talher estava colocado de determinada forma; o garfo cruzava ligeiramente a faca. Para Teresa este era o derradeiro sinal do veredicto final. Ao seu redor as pessoas conversavam entre si. A paciente interrompia bruscamente as companheiras de enfermaria acusando-as de estarem a dizer mal dela; certamente a combinar a forma de a aniquilar.

Ouvia vozes que a acusavam de alimentar pensamentos vergonhosos. Algumas das vozes fustigavam-na com “comentários indecentes” e troçavam dela. Outras riam-se de forma espalhafatosa. “Toda a gente sabe o que se passa na minha cabeça”, diz frequentemente sem qualquer reserva.

Com o tratamento a paciente melhorou e a sintomatologia delirante e alucinatória começou a ceder. Restava contudo a sintomatologia depressiva, que ao cabo de dois meses de internamento acabou por ser neutralizada.

Ficou, todavia, um sentimento de inferioridade e de vergonha, relacionado com o facto das pessoas todas terem lido na sua mente, pensamentos “indecentes” incompatíveis com a sua condição de “mulher séria e pura”. Restou igualmente uma postura arrastada, com tendência ao isolamento, astenia, dificuldades acentuadas de prestar atenção seja ao que for, falta de sensibilidade, puerilidade e dificuldades cognitivas expressas frequentemente em frases incoerentes revelando alguma desagregação do pensamento.

Análise psicopatológica, fenomenológica e topológica

Era inevitável o diagnóstico errado de depressão endógena até se manifestar com toda a sua força a sintomatologia esquizofrénica com a qual se esclareceu o diagnóstico. Muitas vezes os doentes padecem de perturbação afectiva durante anos, revelando uma ou mais fases depressivas ou expansivas, até que surge, num determinado momento, o quadro esquizofrénico. Outras vezes a sintomatologia depressiva surge apenas como porta de entrada duma esquizofrenia, colorindo com a sua tinta semiológica a primeira fase do adoecer psicótico (trema).

(...) O diagnóstico de esquizofrenia a partir de certo momento não nos deixa qualquer dúvida. E os fenómenos apofânticos aparecem em torrente e de forma absolutamente explícita. A questão que se coloca é de saber se o acontecer delirante tem uma raiz “gestáltica” ou não. E, se não tem, qual é o percurso fenomenológico que nos conduz então ao delírio?

Começando pelos fenómenos apofânticos, é indiscutível que a partir de certo momento a paciente começou a “estabelecer relações sem motivo” (Grulhe), ou a experimentar sentimentos simbólicos no sentido de Jaspers, “consciência de significação anormal”. O monograma com a letra M que a paciente relaciona com a sua morte iminente é disso exemplo. Sem dúvida que este elemento se destaca no contexto do campo vivencial e assume, de repente, uma força que por momentos reduz as forças do campo a este fenómeno sinistro. Este elemento do campo atrai portanto a atenção da doente e fá-lo por forma a impor-se, isto é, a não passar despercebido. Assim, por este caminho o fenómeno perceptivo – põe-se em relação com o sujeito da vivência, ou seja com a doente; neste instante põe-se, de facto em movimento, a “consciência de significação anormal”, isto é a *apofania*. Porém, fica absolutamente intacta a legalidade do campo, quer dizer não há desestruturação quer do campo no plano formal (tudo se mantém no seu lugar e os estímulos continuam a captar a atenção da paciente de acordo com a sua força no momento), quer no plano do tema que se mantém absolutamente coerente com o humor da paciente. O letra M significa a morte, como aliás tudo que envolve a doente no campo perceptivo externo e também no espaço interior. O que na realidade se passa é que com o abatimento dos sentimentos vitais, o fundo anímico mergulha no líquido pastoso da melancolia ou eleva-se no volátil fluido da exaltação. Todas as vivências, sejam elas oriundas das

percepções ou representações que compõem o campo fenoménico, sejam elas arrancadas do mundo afectivo, cognitivo ou volitivo estão marcadas com a pesada tinta da perturbação afectiva ou, em certos casos, com o orvalho da exaltação (mania).

Até aqui nada nos diz que se trata dum delírio esquizofrénico. Vivências apofânticas podem ocorrer noutras circunstâncias como já observámos várias vezes no decorrer deste trabalho. Podemos efectivamente estar diante dos muitos delírios melancólicos, frequentes em depressões endógenas, sobretudo quando montados em personalidades de colorido obsessivo e que se aproximam da idade involutiva, como é o caso presente.

Mas, se descermos um pouco mais as escadas do edifício delirante, e, sobretudo, se escalpelizarmos a estrutura das vivências, damos conta, que, para além do abatimento do fundo anímico com o inevitável empastamento dos fenómenos, algo de fundamental e até de novo aconteceu. Mesmo em circunstâncias psicopatológicas deprimentes o sujeito é capaz de se ajustar aos sistemas de referência que permanentemente envolvem o sujeito. Se por exemplo eu ouço chamar por mim, volto-me na direcção do som e avalio se de facto o chamamento é para mim, isto é se aquilo é comigo. Se me apercebo que me enganei rapidamente ponho outro no meu lugar e saio do sistema; não é comigo é certamente com aquele ou com alguém que eventualmente eu não vejo. A isto se chama a “transposição” (Binswanger, 1945). Ora o esquizofrénico está impedido de saltar de sistema de referência, isto é, de fazer a “transposição”. A nossa doente, a partir de certo momento, ficou como que prisioneira do seu eu, amarrada a si própria por um anzol invisível que a prendeu ao mundo escurecido pelo quebra luz da perturbação afectiva. O garfo e a faca cruzados, o M do momograma, os sinais observados no jardim, as conversas a seu respeito que captava ao seu redor, tinham apenas um sentido – a morte, a sua morte iminente. Quer dizer, o mundo, não obstante se ter mantido intacto no plano da organização topológica, passou a ser lido de uma determinada forma (auto-referencial) e com um sentido coerente com a perturbação afectiva que serviu de base ao processo psicótico. Em certos casos (não no caso apresentado), as vivências delirantes de raiz afectiva e, sobretudo a apofania, ficam tão indeterminadas e imprecisas que quase se diluem em leves experiências de ameaça e de influência vivenciadas num contexto distímico indiscutível. A análise fenomenológica apurada remete-nos quase sempre para o território esquizofrénico, embora com um curso e um perfil psicopatológico distinto das formas pseudoneuróticas e típico das formas afectivas. Também nestes casos a legalidade topológica do campo vivencial está de todo respeitada, estando portanto o delírio relacionado com a perturbação afectiva que lhe serve de transfundo.

Recordemos a história do Luís como exemplo típico duma forma de esquizofrenia do grupo alucinatório-delirante e completemo-la.

Subitamente, aos 47 anos, Luís começa a revelar alterações do comportamento que passamos a descrever e que respigamos da história clínica:

(...) Falou-nos então dum cheiro a queimado (do tipo de odor produzido pelos aparelhos

eléctricos) que diariamente se espalhava pela sua casa, certamente produzido por máquinas que seguramente são durante a noite instaladas na residência com o intuito de espreitar todos os seus movimentos. Refere que é possuidor duma nova teoria económica que irá revolucionar toda a economia e, claro, toda a actividade política. Sente que lhe têm sido subtraídos documentos importantes nos quais constam as linhas mestras da tal teoria. Percebe que também o seu pensamento tem sido “vasculhado” (expressão do próprio doente) principalmente durante a noite enquanto dorme. Refere ainda que a comida em sua casa está “tocada” por “mãos estranhas” através da injeção de produtos anestésicos nos alimentos. Tal operação é feita durante a noite, o paciente diz mesmo ouvir os movimentos dos “intrusos” e também ouvir as suas “combinações”. Frequentemente tais “intrusos” entram em contacto com ele, ditando-lhe a sua sorte. Tem experimentado sensações estranhas e desagradáveis nos órgãos genitais e no ventre. Acha que tem um cancro nos intestinos produzido pelas substâncias que é forçado a ingerir.

Durante o relato o paciente mostra-se muito inquieto, ansioso, levanta-se frequentemente da cadeira, muda continuamente de discurso, olha em redor desconfiado. Revela uma grande preocupação com a saúde física, teme a sua morte iminente por causa do cancro ou talvez da sida (refere desesperado que o vírus pode ter sido inoculado na fruta, ou transmitido por contactos homossexuais durante o sono); certamente foi transformado num animal de experiência.

(...) Discussão psicopatológica, fenomenológica e topológica.

Sem ter havido qualquer sinal prévio de natureza psicopatológica, o quadro irrompeu subitamente carregado de delírios multiformes e de alucinações cenestésicas, auditivas e de outros sectores sensoriais. Simultaneamente apareceram sentimentos de preocupações hipocondríacas, instabilidade emocional, grande ansiedade, mudanças bruscas do humor, interpretações delirantes e delírios imaginativos.

No próprio curso da consulta o paciente passou por vários estádios de humor, desde a postura neutra, diremos mesmo distante do início, até à postura inquieta, ansiosa e exaltada de certos momentos ao longo do relato. Apresenta consciência clara, aderindo com facilidade não só às solicitações da sua intensa actividade imaginativa (particularmente no campo do delírio), mas também às nossas propostas de direcção do discurso.

As vivências de carácter apofântico estão muito presentes nesta história, sob a forma de alucinações e delírios multiformes, tendo como curiosidade fenomenológica o facto do seu aparecimento ter sido muito brusco e tardio (o doente tem 47 anos).

Mergulhado num campo vivencial com razoável integridade topológica, carregado de delírios e de alucinações que, de repente, enchem a sua vida relacional, o nosso paciente encontra-se subitamente diante do espelho da revelação. Trata-se duma forma de apofania que não se serviu da desorganização “gestáltica” para a sua manifestação, mas sim, por ventura, de qualquer *morbus* abrigado no telhado constitucional (do tipo do que descrevemos ao abordar a questão da

esquizopatia) e que encontrou as condições biológicas, psicológicas e situativas para se revelar.

6.3.2 *Análise categorial*

Decorrente do que atrás foi dito, este tipo de análise constitui uma fase mais elaborada da análise qualitativa. Enquanto que a análise fenomenológica nos fornece uma “proto-configuração” dos dados, querendo com isto significar que a sistematização analítica não passa de uma forma ainda pouco elaborada no que respeita à criação de categorias; pautando-se mais por descrições, se bem que já apontando para a existência de uma determinada pré-estrutura, a análise categorial constitui já uma fase pré-configurativa, da qual se podem extrair elementos, não só mais sistematizados, como definindo as grandes linhas estruturais. O arranjo configurativo final da matriz categorial será dado pela “redução quantitativa” das categorias através da aplicação de um conjunto de análises estatísticas às pré-configurações encontradas na análise categorial²⁶².

Alicerçados nesta metodologia, produzimos uma grelha cujo modelo vem anexado no Apêndice deste trabalho.

Eis em esquema os pontos fundamentais da grelha utilizada:

Identificação completa (profissão, nível social e datas de eventuais mudanças do estado civil).

Hereditariedade

Início da doença – (diagnóstico no início da enfermidade; diagnóstico actual – data da última observação). O diagnóstico faz-se sob dois tipos de perspectiva e classificação: uma classificação clássica (simples, hebefrénica, paranoide e defectual) e uma classificação dinâmico-estrutural (pseudo-neurótica, afectiva, alucinatório-delirante). Quanto ao diagnóstico actual, para além daquelas categorias, acrescenta-se, ainda, o defeito severo, leve e assintomático.

Fim da doença (ano e duração).

Sintomas positivos (são elencados todos os sintomas positivos bem como o ano de aparecimento dos mesmos).

Sintomas negativos (são elencados todos os sintomas negativos, distribuídos pelos seguintes quatro grupos: embotamento afectivo, alogia, abulia e anedonia).

²⁶² Marques – Teixeira, J. (2000). Comunicação pessoal.

Fenomenologia topológica - listámos os seguintes sintomas: perda da liberdade; desconfiança; autismo; despersonalização; expansão afectiva; depressão; hipocondria; disforia; ditimia agressiva; sintomas oníricos.

Psicopatologia primária (início e actual) com as seguintes opções: nenhuma, humor delirante, percepções delirantes, alucinações, e ocorrências delirantes.

Psicopatologia secundária com três opções: nenhuma, delírios secundários e perturbações sensoriais.

Evolução semiológica contemplando os períodos: inicial, de estado, residual e as respectivas datas de aparecimento desses períodos.

Adição a drogas

Personalidade

Co-morbilidade (psiquiátrica e somática)

Tratamento

6.4 Procedimentos relativos à análise do material clínico

Já aqui referimos, que, a observação dos doentes foi efectuada em diversos momentos, dois dos quais foram codificados na grelha referida no capítulo anterior.

Torna-se evidente que dada a nossa formação fenomenológica, nem sempre foi fácil reduzir a simples etiquetas clínicas, somatopatológicas ou psicopatológicas, dados semiológicos complexos, por forma a fazê-los passar pelas apertadas janelas classificativas.

Como ficou expresso no capítulo anterior, utilizámos, sempre que possível, para recolha dos elementos semiológicos (exame transversal), para o estudo evolutivo (exame longitudinal) e para a análise situativa, o modelo assente na psicopatologia interaccional e na análise existencial dos diversos casos clínicos. Na medida em que pensamos, que, particularmente na construção do edifício delirante e também no seu posterior desmoronamento, tem importância decisiva a dinâmica do campo vivencial, procedemos igualmente à análise topológica, sempre que tal apreciação se afigurou exequível.

Por razões que se prendem com a afinação da linguagem clínica, procurámos reduzir ao mínimo as imprecisões, tentando acima de tudo harmonizar os conceitos,

depois de previamente definidos nos planos psicopatológico, fenomenológico e topológico, através dos exemplos das histórias clínicas que constam deste trabalho.

Assim, passaremos a descrever os procedimentos em termos de análise do material clínico recolhido (sublinhando também algumas dificuldades encontradas na pesquisa), fazendo incidir a atenção particularmente sobre as variáveis que servem de objecto à investigação (idade de início dos primeiros sintomas, acautelando, na recolha, a *integridade* dos diversos recortes fenomenológicos; estrutura do delírio olhada por diferentes ângulos de observação; evolução da enfermidade, procurando apreciar a própria dinâmica estrutural do acontecer psicopatológico; e a personalidade com as suas características clínicas e estruturais). Descreveremos igualmente o caminho seguido para a colheita dos achados clínicos e psicopatológicos relacionadas com a questão daquilo que pensamos ser o “algo” especificamente esquizofrénico destacando igualmente as dificuldades encontradas.

Eis os procedimentos adoptados.

6.4.1 Em termos da idade de aparecimento dos primeiros sintomas

Nas formas clínicas de começo súbito, tornou-se fácil registar a data de início dos primeiros sintomas. Foi o que aconteceu em quase todos os quadros que corresponderam, no presente estudo, às formas alucinatório-delirantes, nas quais, a entrada na enfermidade, como veremos adiante na análise dos dados clínicos, se estabeleceu de maneira mais ou menos aguda.

Nas formas clínicas de começo insidioso, levantaram-se algumas dificuldades em certos quadros clínicos, quer no grupo de início afectivo, quer no grupo de início pseudo-neurótico. Particularmente neste último grupo, quando o trema se revelou muito arrastado, nem sempre foi fácil marcar o início do adoecer. Optámos então por tentar descobrir a data na qual o paciente começou a experimentar uma certa tensão, quase sempre acompanhada de uma pequena acentuação da angústia existencial e de um emergir na consciência de um leve sentimento de estranheza em relação a si próprio e ao meio ambiente. Nos casos nos quais o trema se revelou curto, os fenómenos de tensão, ansiedade, despersonalização e desconfiança

apareceram quase simultaneamente, facilitando portanto o estabelecimento razoavelmente rigoroso da data de início da enfermidade.

No grupo afectivo, quase sempre foi possível seguir com precisão o evoluir da distímia, particularmente nos casos cuja porta de entrada se revelou corresponder a uma expansão dos sentimentos vitais. Nos casos que corresponderam ao abatimento dos sentimentos vitais, foi um pouco mais difícil marcar o ponto de viragem psicótica no sentido esquizofrénico. Talvez porque nos quadros de início maniforme, a incongruência afectiva, o aspecto bizarro do comportamento, a agitação psíquica e motora, facilitassem a explosão mais precoce do delírio esquizofrénico. De todo o modo, quer nos quadros de início melancólico, quer nos quadros de início maniforme, quer ainda nalguns quadros (poucos) de início distímico de colorido misto (depressões agitadas, particularmente em mulheres), marcámos a data de início da psicose, no contexto da nossa investigação, no momento em que nos pareceu ter surgido sintomatologia esquizofrénica indiscutível.

6.4.2 Em termos da estrutura do delírio

A estrutura do delírio foi estudada de forma cruzada. Expliquemos. Em todos os casos tentámos seguir a organização delirante, desde a sua génese até ao seu esmorecimento, em dois planos: o formal e o temático. Embora tivéssemos compreendido, tal como as histórias clínicas ilustram, algum desenrolar da teia delirante, isto é, alguma da sequência do acontecer psicopatológico desta perturbação do pensamento, estamos naturalmente conscientes de termos atravessado, sem compreender, longós novelos de fio delirante. Referimo-nos naturalmente apenas à questão temática, já que, no plano formal, e, em relação aos delírios esquizofrénicos primários, não os entendemos de todo. Limitamo-nos, por enquanto, a descrever fenomenologicamente o que contemplamos e, a prever, com esperança, o seu desmantelamento ou, em todo o caso o seu enfraquecimento, com o recurso, é claro, às modernas armas terapêuticas.

Por outro lado, estudámos também o delírio, enquanto elemento psicopatológico não específico da esquizofrenia. Isto é, a esquizofrenia não tem o exclusivo do acontecer delirante, mesmo no sentido apofântico do termo – “pôr em

relação sem motivo”. Estudámo-lo, portanto, em termos “genéticos” e pudemos constatar, como na parte teórica ficou bem expresso, que ele aparece em muitos outros quadros clínicos cuja etiopatogenia é passível de ser, não só compreendida, mas também explicada (Jaspers).

6.4.3 *Em termos da evolução*

Um dos parâmetros que nos interessava investigar residia na possibilidade do delírio sofrer mutações “genéticas” ao longo da sua evolução. Quer dizer, levantava-se a possibilidade dum determinado quadro clínico delirante (esquizofrénico) “explodir” por assim dizer pela via da desorganização “*gestáltica*” e, mais tarde, conseguir rearranjar-se no plano configuracional e prosseguir (o delírio) pela senda afectiva. Ou talvez melhor dito, brotando este (o delírio), ou podendo brotar, do transfundo afectivo desorganizado (disforia) a partir dum determinado momento, depois de ter arrancado de uma desorganização *gestáltica*. Como adiante (na análise dos dados clínicos) exporemos, não encontramos situações deste género. Os delírios como que seguem caminhos bem definidos no plano da sua génese desde o seu aparecimento, respeitando, de alguma forma, o destino fenomenológico que o seu início indiciara. Aliás, já Kurt Schneider na sua 6ª edição em língua alemã da famosa “*Klinische Psychopathologie*”²⁶³ se referiu a esta questão, alertando que são muito raros os quadros clínicos que se mantém mistos ou atípicos por muito tempo, aconselhando a um exame fenomenológico mais apurado que, quase sempre, nos conduz às verdadeiras fundações do delírio, umas vezes mergulhadas no terreno processual (na desorganização “*gestáltica*” na nossa argumentação), outras vezes na transmutação afectiva.

Para além deste aspecto de natureza mais genética, seria interessante apreciar a própria evolução do delírio no plano temático e no plano formal, sobretudo neste, e avaliar a possível relação da alteração da forma na configuração do conteúdo. Forma e conteúdo estão intimamente ligadas, porém, situações existem, onde esta comunhão se adultera. Estas situações constituem justamente as enfermidades,

²⁶³ Schneider, Kurt (1963): *Psicopatologia Clínica*. Op. cit. Pg. 202.

conforme estudámos na parte teórica deste trabalho, quer elas sejam de raiz somática (psicoses sintomáticas ou orgânicas), ou de raiz esquizofrénica.

Por outro lado, interessava-nos também investigar a marcha do delírio em si mesmo e a possível repercussão deste, não só no plano vivencial reactivo, mas também no conjunto da personalidade.

Para atingirmos estes desideratos fizemos, em todas as histórias clínicas, o registo das diversas observações fenomenológicas diferidas no tempo. Algumas destas observações estão bem codificadas nas 210 grelhas que suportam a investigação. Por razões de uniformização e de padronização estatística, dois dos momentos de análise foram sempre respeitados: o início da enfermidade e a avaliação ao fim de sensivelmente seis meses. Com este conjunto de dados, foi possível desenhar, em todos os delírios, uma espécie de linha de evolução. Na análise dos dados clínicos desenvolveremos os resultados obtidos nesta matéria.

6.4.4 Em termos da personalidade

Uma pergunta de imediato se impõe. Será necessário possuir uma personalidade de certo tipo para que alguém entre no campo psicótico esquizofrénico? Quer dizer, a esquizofrenia pressupõe uma personalidade determinada?

Desde Hipócrates que esta questão é, de certa forma, equacionada; no passado antigo e medieval, não evidentemente em relação àquilo a que hoje se chama esquizofrenia, mas sim a perturbações da esfera tímica e do comportamento. Hoje, sobretudo dos finais do século XIX até aos nossos dias, numerosos trabalhos relacionam com clareza muitas formas do adoecer psíquico (quer se trate do acontecer vivencial-reactivo, quer se trate do acontecer psicótico), com a personalidade.

Tentámos então valorizar esta questão, avaliando ao longo de toda a investigação a evolução da personalidade. Servimo-nos duma classificação clínica, por nós elaborada, e que resultou da conjugação das personalidades estudadas por Kurt Schneider e Ernest Kretschmer. Dos critérios utilizados para a elaboração da

referida classificação daremos conta no Cap. 7.3 - Personalidade. Os fundamentos da nossa opção foram recolhidos das reflexões teóricas explanadas ao longo deste trabalho, designadamente no Cap. 2.2 - Ao encontro da personalidade (categorias existenciais). Esta lista de personalidades consta do modelo informático e aí foi registada, em todos os casos, a personalidade pré-mórbida. Admitimos naturalmente erros grosseiros num ou noutro registo, uma vez que alguns doentes foram observados com a psicose em pleno desenvolvimento e portanto com a personalidade já “tocada” pela enfermidade. Em todo o caso, tentámos reduzir ao mínimo prováveis desacertos, recorrendo sempre, não só ao estudo da personalidade nos diversos momentos de observação, mas também recorrendo a todas as fontes que nos pudessem ajudar (pais, professores, namorados, cônjuges, etc.

Conjugámos ainda, com o estudo da personalidade, o retrato bio-tipológico dos doentes, igualmente registado nos 210 modelos informáticos, bem como a possível carga hereditária transportada pelos pacientes nas diversas formas de adoecer esquizofrénico.

Para uma melhor avaliação da vertente social da personalidade, criámos uma classificação, também codificada no modelo informático, que nos fornecesse o perfil que resulta da conjugação de três variáveis: instrução, profissão e nível económico.

Em resumo, montámos um esquema que nos permitisse avaliar a relação da personalidade com o brotar psicótico e com os caminhos utilizados, nos diversos casos, pelo fluir delirante.

6.4.5 Em termos da pesquisa de um “algo” especificamente esquizofrénico

Desde Kraepelin que se pensa que a unidade da esquizofrenia é mais etiopatogénica do que clínica e que o referido núcleo etiopatogénico é de natureza endógena²⁶⁴. Por consequência, pode admitir-se, com toda a legitimidade, que a esquizofrenia é uma doença cerebral endógena, constitucionalmente determinada, ou pelo menos condicionada, sem contudo se poder apontar, de forma categórica, o

²⁶⁴ Nota: Kraepelin admitiu que a esquizofrenia tinha por causa uma auto-intoxicação metabólica.

locus da doença.

O facto de constatarmos, através de exames psicopatológicos cuidados e de observações fenomenológicas rigorosas, uma similitude inquietante na construção e evolução do delírio, entre as perturbações formais do pensamento esquizofrénico por um lado, e epiléptico, tóxico, sintomático e orgânico pelo outro (como demonstramos nas nossas histórias clínicas), desafiou-nos para, pelo menos, reequacionar de novo o problema da etiopatogenia orgânica do “morbus” esquizofrénico.

Daí, procedermos ao estudo comparado, não tanto da evolução da doença no sentido geral (embora também o tenhamos feito), mas sobretudo ao estudo comparado da evolução de todos os sintomas primários com outros parâmetros, nomeadamente fenomenológicos e topológicos, por forma a avaliar a repercussão destes na personalidade; e ainda apreciar a relação da doença com as diversas comorbilidades, com as situações de adição a certo tipo de substâncias (especialmente tabaco); e também com a relação biunívoca entre os sintomas negativos e a personalidade.

Desenvolvemos também um estudo baseado na análise de frequências dos vários tipos de defeito psicótico, relacionando-os com a personalidade pré-mórbida, com o tipo de doença no sentido dinâmico-estrutural, com a psicopatologia primária e secundária e com a idade de início do próprio defeito psicótico. A intenção seria naturalmente desbravar o caminho que nos aproximaria, na medida do possível, do núcleo somático responsável pela “queda” da personalidade, como acontecia com as psicoses de causa orgânica ou tóxica bem determinada.

7 Resultados

DESCRIÇÃO DA AMOSTRA EM TERMOS DE FREQUÊNCIAS

7.1 Amostra

Constituída por 210 doentes, dos quais 102 são do sexo masculino (48,6%) e 108 do sexo feminino (51,4%), Figura 30.

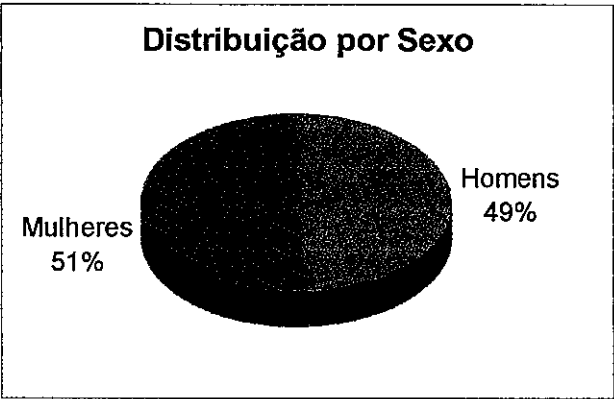


Figura 30 – Distribuição dos doentes por sexo.

7.2 Idade de início dos primeiros sintomas

Os primeiros sintomas da doença apareceram em todas as idades dos 14 aos 64 anos, embora, de acordo com os resultados obtidos, a sua frequência tivesse sido mais marcada na terceira década de vida (dos 20 aos 30 anos) – 126 dos 210 doentes.

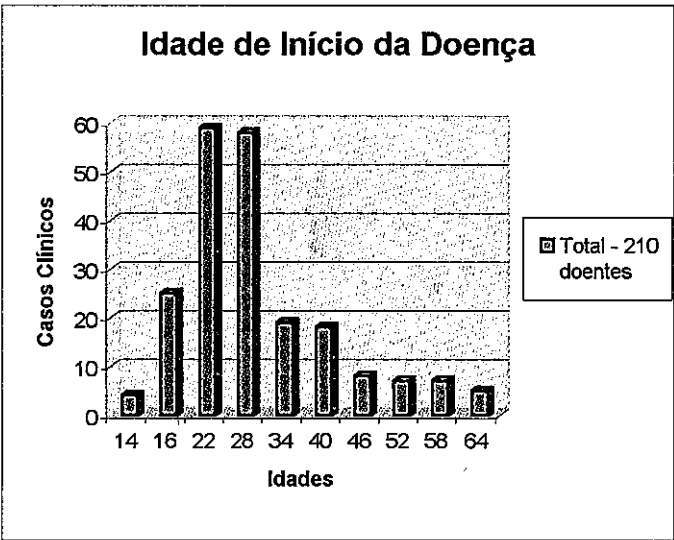


Figura 31 – Idade de aparecimento dos primeiros sintomas.

A média de idades em relação a esta variável (Figura 31), situou-se nos 28,2 anos (d.p. = 8,6).

7.2.1 Idade de início dos sintomas positivos

Conforme mostra a Figura 32, se fizermos uma leitura tendo por base as diferentes idades, constatamos que existe um certo paralelismo na distribuição dos valores dos sintomas positivos pelo conjunto da amostra, relativamente ao sexo. A idade média, para o aparecimento destes sintomas no total da amostra, situa-se nos 29,5 anos (d.p. = 8,6). Em média, os homens explicitaram estes sintomas um pouco mais cedo, 28,9 anos (d.p. = 8,7), já que, nas mulheres, a idade de início da sintomatologia produtiva se situou nos 30 anos (d.p. = 8,6).

Esta precocidade de aparecimento de sintomas positivos nos homens, é apenas visível quando os sintomas se iniciam em idades inferiores a 28 anos, pois, depois desta idade, são as mulheres que manifestam ligeiramente mais cedo sintomatologia produtiva, excepto aos 45 anos, consoante nos mostra o gráfico representado na Figura 32.

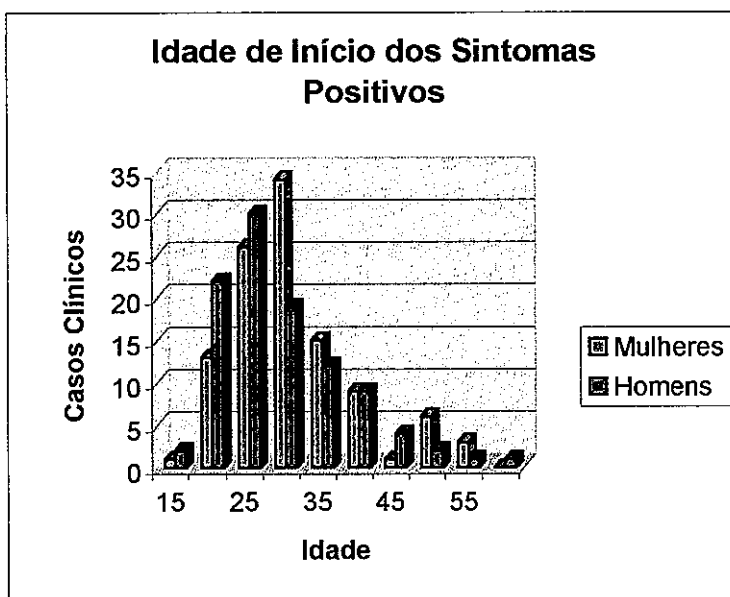


Figura 32- Idade de aparecimento dos primeiros sintomas positivos.

A leitura que fazemos destes resultados é a seguinte: o *trema* masculino mostra-se em geral um pouco mais curto do que o feminino; por outro lado, a

psicopatologia de raiz afectiva exprime-se (na amostra) de forma levemente mais viva no sector feminino na chamada idade involutiva. Ora, o *trema* precede o delírio esquizofrénico nas formas pseudo-neuróticas, que são, sem dúvida, as mais frequentes em idades jovens. Por outro lado, as formas afectivas concentram-se um pouco mais no sexo feminino e instalam-se, particularmente em idades mais maduras.

De realçar ainda, que, quer em homens, quer em mulheres, o aparecimento da sintomatologia positiva, segue de muito perto a linha que representa o comportamento do total da amostra para a idade de início dos primeiros sintomas, cujo perfil está desenhado no gráfico explicitado na Figura 31 (pg. 308).

Este facto sugere que existe, por detrás da diversidade de sintomas e de idades, para os dois sexos, uma certa coerência de expressão clínica, que parece sugerir uma relativa invariância da distribuição dos sintomas produtivos, relativamente às diversas idades.

7.2.2 Idade de início dos sintomas negativos

Dos 210 casos da amostra 125 apresentaram sintomas negativos (59,5%).

A idade mínima do aparecimento dos mesmos, situou-se nos 17 anos e a máxima nos 54 anos. A média de idades para esta variável foi de 30,0 anos (d.p. = 7,3). A variável atingiu a sua maior expressão dos 20 aos 32 anos; 91 dos 125 doentes (72%) pertencem a este intervalo etário. A Figura 33, mostra o perfil de comportamento desta variável.

A leitura que fazemos destes resultados (sintomas negativos, entendidos estes no seu conjunto) é a que se segue. Cerca de 60% de todos os casos estudados apresentaram sintomatologia negativa. Este facto, pressupõe que os restantes 40%, ou se mantiveram debitando sintomatologia produtiva, contínua ou intervalada com períodos mudos, ou então evoluíram para a cura ou pelos menos para um perfil clínico mais ou menos assintomático. É claro que nalguns casos, os sintomas negativos evoluíram paralelamente com os sintomas produtivos, pelo menos por algum tempo; porém, no nosso estudo, apurámos que sempre que ocorria defeito

psicótico e se iniciava a desestruturação afectiva, volitiva e delirante, o sujeito instalava-se em regra, para sempre, no grupo defectual (vazio de sintomas exuberantes), não mais expressando sintomatologia positiva evidente. Dos 60 % que iniciaram sintomatologia negativa, quase 4/5 fizeram-no em idades jovens, até aos 32 anos em média. Este facto significa – como adiante veremos pela análise da distribuição de frequências relativas aos diversos grupos clínicos com os tipos de defeito (cf. Figura 45, pg. 336), que há realmente uma notável relação entre o defeito psicótico e sintomas negativos, com os quadros clínicos que evoluem a partir das formas pseudo-neuróticas da classificação dinâmico-estrutural e das formas simples e hebefrénica da classificação clássica.

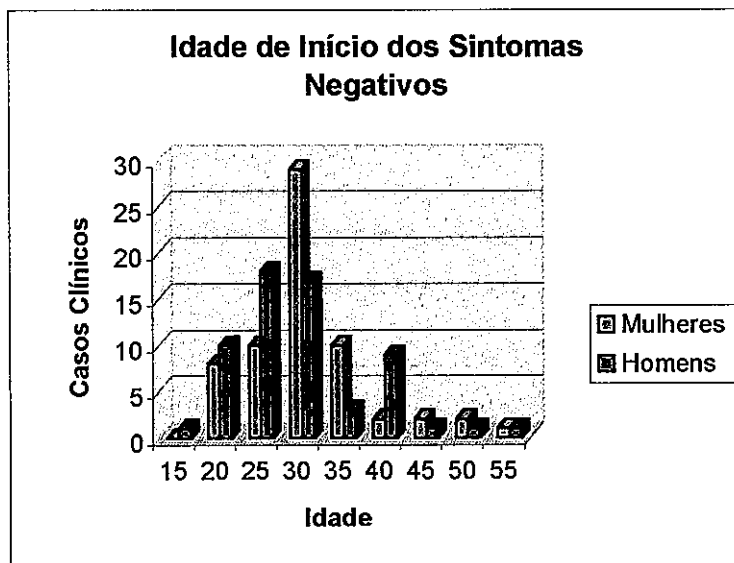


Figura 33 - Idade de aparecimento dos primeiros sintomas negativos.

7.3 Personalidade

Para a construção de uma matriz que nos permitisse avaliar a personalidade, servimo-nos do suporte teórico que largamente desenvolvemos na primeira parte deste trabalho. Evidentemente que qualquer que fosse a opção assumida seria necessariamente incompleta e insuficiente, face à complexidade de “traços”, “estruturas”, “tendências”, “dinâmicas” e outras características, de acordo com os diversos autores e respectivas escolas.

Optámos então por construir uma grelha de personalidades, baseada em arranjos de características e de sinais, dos quais resultassem desenhos psicológicos, eivados de indiscutível tipicidade, seja ao nível do comportamento explícito, seja ao nível da forma como o indivíduo se coloca perante o mundo e perante si próprio. Escolhemos, de entre todos os modelos classificativos, como base para o nosso trabalho, o conjunto de personalidades descritas por Kurt Schneider. Porquê? Em primeiro lugar, porque a sua concepção, de base puramente estatística, empresta à classificação que assim se obteve, uma sistematização que se revela importante para a investigação que perseguimos. Em segundo lugar, porque nos parece cobrir, com a sua diversidade, quase todos os arranjos possíveis de modelos de personalidades. E porquê estes modelos e não outros? Porque achamos que tais modelos foram criados com evidentes preocupações clínicas, apontando tendências de manifestações comportamentais, que, no exagero, aí sim, se afundam na anormalidade ou na doença.

Pareceu-nos útil, em todo o caso, enriquecer o estudo das personalidades, com o contributo de outros modelos (círculos heredo-constitucionais de Kretschmer por exemplo), extraíndo deles apenas alguns elementos que não nos pareciam suficientemente contemplados na classificação de Schneider, acautelando, todavia, a coerência do conjunto.

Eis a lista de personalidades a que chegámos e que corresponde então à conjugação das personalidades estudadas por Kurt Schneider e Kretschmer: Carenciada de estima; Depressiva; Distímica; Esquizoide; Hipertímica; Insegura de si mesma; Paranoide; Psicasténica; Sensitiva.

Utilizámos para o estudo da personalidade, não só a observação clínica, mas também todas as informações possíveis, oriundas da família, das pessoas significativas ou dos professores; tais informações permitiram-nos avaliar, não só o desenho estrutural da personalidade, mas, sobretudo, a dinâmica da sua trajectória existencial.

Conforme podemos avaliar no gráfico representado na Figura 34, os dados correspondentes a três tipos de personalidades (depressiva – 45 doentes; esquizoide – 63 doentes; paranoide – 50 doentes), distribuem-se por mais de dois terços da

amostra.

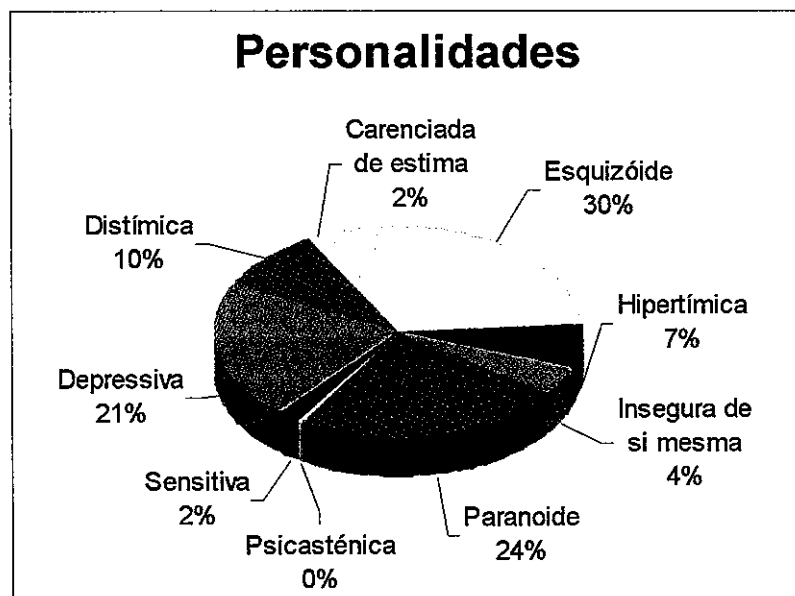


Figura 34 – Distribuição das personalidades pela amostra.

7.4 Biótipo

Os autores clássicos, muito particularmente Kretschmer, valorizaram enfaticamente o biótipo, como algo que se relacionava decisivamente com a personalidade²⁶⁵.

Servimo-nos então, para o nosso estudo, dos biótipos classificados por aquele autor germânico. Foram os seguintes os tipos codificados: Atlético; Displástico; Leptossomático; Pícnico.

Assistimos a uma distribuição bastante regular dos valores observados em cada classe, conforme nos mostra o gráfico representado na Figura 35, embora a maior parte dos doentes se integre nos biótipos leptossomático e pícnico.

O biótipo pícnico (predomínio das medidas transversais e circulares) parece ser mais frequente no nosso país do que o biótipo leptossomático (predomínio das dimensões verticais)²⁶⁶. Os dados obtidos e denunciados no gráfico espelham, aliás,

²⁶⁵ Fonseca, Fernandes (1987): *Psiquiatria e Psicopatologia*, II Volume, Op. cit., Pg. 86.

²⁶⁶ Fonseca, Fernandes (1965): *Herança da Personalidade*. Ed. da Faculdade de Medicina do Porto.

essa prevalência.

É curioso notar que, contrariamente ao apurado na maior parte dos trabalhos realizados até hoje²⁶⁷, e face aos dados exibidos no gráfico representado na Figura 35, a esquizofrenia não emerge prevalentemente do biótipo leptossomático. Antes se distribui na nossa amostra de forma bastante regular, o que nos sugere que a ligação *biótipo – doença* não exprime uma associação simples e linear.

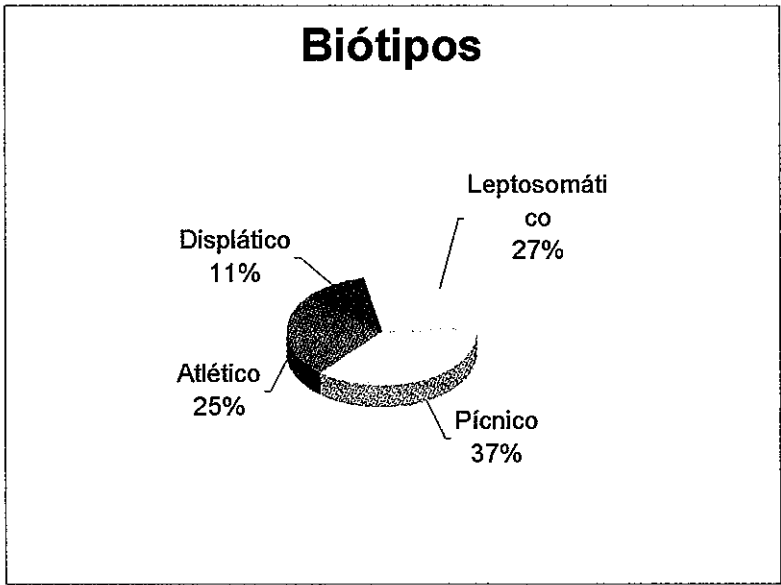


Figura 35 – Distribuição dos biótipos pela amostra.

7.5 Diagnóstico inicial tendo por base a classificação clássica

O gráfico representado na Figura 36, mostra a distribuição dos valores observados nos doentes para esta variável nas diferentes classes correspondentes aos diversos tipos clínicos de esquizofrenia, tendo por base os grupos consagrados na prática clínica (catatónica, hebefrénica, paranoide e simples).

De realçar o facto de os doentes se distribuírem preferencialmente pelas classes correspondentes aos grupos hebefrénico e paranoide (mais de 2/3). Tal acontece, por força da valorização que habitualmente se dá aos sintomas ligados à perturbação do pensamento (delírios primários e secundários) e aos sintomas que

²⁶⁷ Fonseca, Fernandes. (1987): *Psiquiatria e Psicopatologia*, II Vol., Op. cit., Pg. 86.

emergem da perturbação afectiva (ambivalência, frieza afectiva, etc.).

É claro que os quadros clínicos nem sempre permanecem por muito tempo na mesma janela diagnóstica, e é até muito frequente que um doente apresente hoje aspectos da sua enfermidade que orientam o diagnóstico para um quadro de tipo paranoide e, mais tarde, apresente sintomas da série catatónica. Em todo o caso, e tendo em conta a classificação clássica, servimo-nos sempre para o diagnóstico, dos sintomas que nos apareciam mais precocemente no tempo e mais vinculados na intensidade. Foi este primeiro diagnóstico o que prevaleceu para efeitos do nosso estudo.

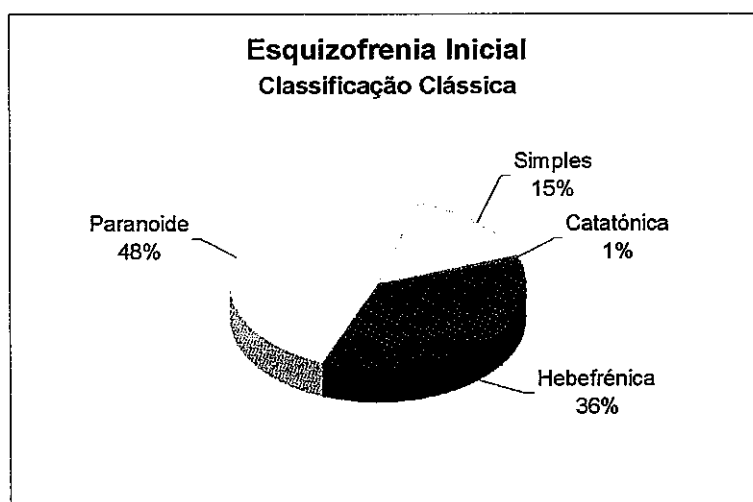


Figura 36 – O diagnóstico inicial baseado na classificação clássica.

Por outro lado, não obstante a expressão dos valores, para as formas hebefrénica e paranoide ser muito elevada na nossa amostra, do facto não poderemos extrair grandes conclusões, sem um estudo cruzado de outras variáveis, designadamente das que representam o estado da doença ao fim de seis meses, na medida em que serão fundamentalmente os indivíduos com sintomatologia mais florida no plano psicopatológico, os que primeiro contactam com especialistas nesta área. Ora, os tipos, em princípio, mais exuberantes em termos psicopatológicos, serão certamente os correspondentes aos grupos hebefrénico (importância acrescida pela escassa idade) e paranoide.

7.6 Diagnóstico inicial segundo a classificação dinâmico – estrutural

O gráfico representado na Figura 37, mostra a distribuição pelas classes correspondentes às três formas de esquizofrenia consagradas nesta classificação: Pseudo-neurótica; Alucinatório-delirante; Afectiva.

A observação dos dados, permite-nos reparar que cerca de metade de todas as formas da psicose esquizofrénica pertence ao grupo pseudo-neurótico.

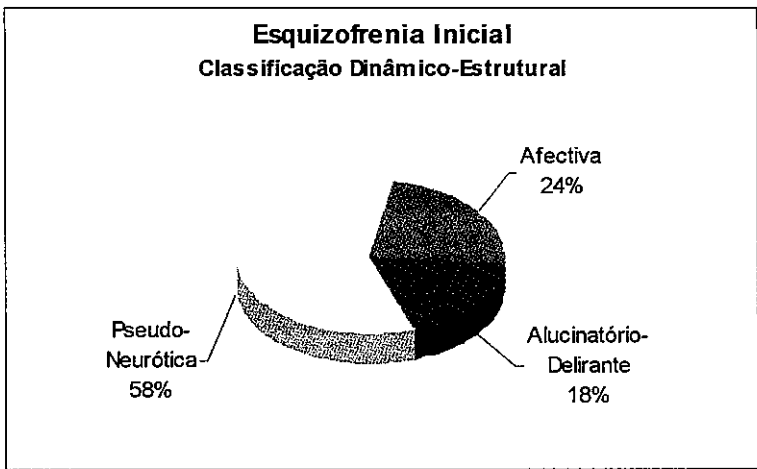


Figura 37 - O diagnóstico inicial baseado na classificação dinâmico-estrutural.

Da elevada expressão na amostra do grupo pseudo-neurótico falaremos adiante, depois do estudo cruzado das diversas variáveis em jogo. Por ora, sublinhamos o que dissemos em relação ao grupo hebefrénico e paranoide no parágrafo anterior.

7.7 Diagnóstico actual (última observação), segundo a classificação clássica

Ao estudarmos a evolução dos diferentes casos, tentámos avaliar, não só a dinâmica do existir da pessoa doente, mas também a própria dinâmica do acontecer psicopatológico, em termos de estudo das alterações progressivas do quadro clínico e das suas manifestações fenomenológicas. E fizemos esta avaliação segundo as duas ópticas diagnósticas que temos vindo a utilizar: a classificação clássica e a classificação dinâmico-estrutural.

Sempre que o quadro clínico mantinha sintomatologia produtiva, de forma clinicamente expressiva, apurava-se se o diagnóstico tipológico, em termos das duas

classificações, se mantinha ou se mudava. Sempre que a sintomatologia negativa estava presente, apurava-se a amplitude do defeito, em termos de gravidade clínica.

Situações havia, nas quais se apagavam os sintomas positivos, sem aparecerem quaisquer sintomas negativos. Apelidámos esta forma de assintomática. Assim, para além desta última forma, captámos ao cabo de sensivelmente meio ano, outras formas que os gráficos respectivos explicitam.

O gráfico representado na Figura 38, mostra a distribuição das classes correspondentes aos diferentes grupos clássicos e revela o estado da psicose ao fim de meio ano de evolução.

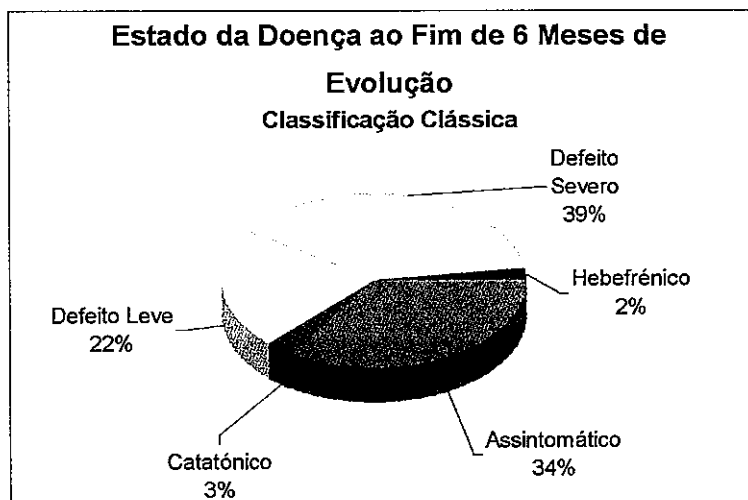


Figura 38 - O diagnóstico actual baseado na classificação clássica.

A análise do gráfico, revela que um número muito significativo de casos, evoluiu para formas defectuais severas (39%); um pouco mais do que os casos que evoluíram para o apagamento de todos os sintomas (34%). Adiante analisaremos quais as formas clínicas que terminaram em defeitos graves e quais aquelas que se tornaram assintomáticas. Das restantes, algumas mantiveram a sintomatologia produtiva que as caracterizaram no início da enfermidade (cerca de 5%) e outras evoluíram para defeitos leves (22%).

7.8 Diagnóstico actual (última observação) segundo a classificação dinâmico-estrutural

O gráfico representado na Figura 39, mostra a distribuição da variável pelos

diferentes grupos dinâmico-estruturais.

Também aqui se evidencia um número muito significativo de casos que evoluiu para defeito severo (34%); e igualmente um elevado número que se apagou sintomatologicamente (29%). Dos restantes, um número um pouco maior do que na classificação anterior (15%), mantém a sintomatologia produtiva que permitiu o primeiro diagnóstico tipológico; evoluíram ainda para defeito leve os mesmos 22% da classificação anterior.

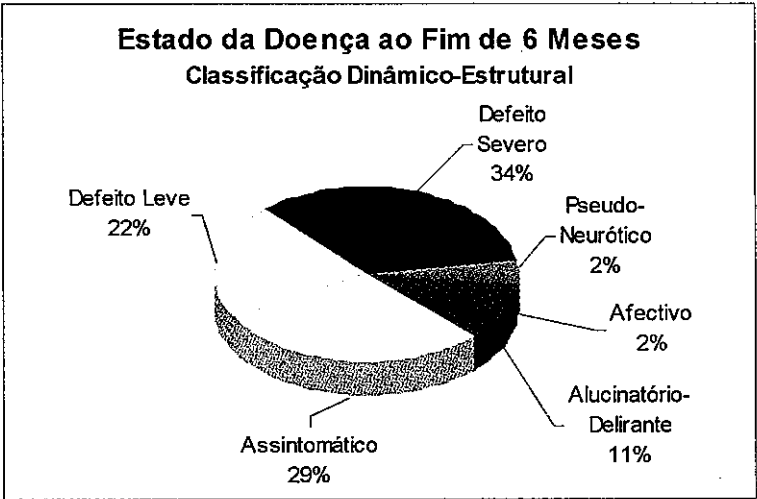


Figura 39 - O diagnóstico actual baseado na classificação dinâmico-estrutural.

Veremos adiante como se processou, nas suas várias formas (defectuais ou não), a linha de evolução dos diversos tipos de esquizofrenia.

7.9 A questão do primário na psicopatologia e na fenomenologia

Nem todos os sintomas reitores do diagnóstico têm o mesmo valor psicopatológico. É assim na doença orgânica, é também assim na doença mental. Já há alguns anos que Kurt Schneider estabeleceu uma hierarquia de sintomas, categorizando-os por duas ordens, de acordo com a sua importância para o diagnóstico. Os de 1ª ordem (e só estes por ora nos interessam), não obstante estarem todos intimamente relacionados com o transtorno fundamental esquizofrénico (cf. Figura 21, pg. 143), nem sempre têm a mesma elementariedade que caracteriza o primário, isto é, uns estarão mais próximos do processo mórbido do que outros. Emergirão, portanto, de forma mais directa e mais simples da doença

que servirá de raiz à esquizofrenia. Alguns serão por assim dizer mais primários, no sentido preciso do termo, do que outros (cf. Figura 22, pg. 145).

Também nós, estimulados pela procura do tal “algo” especificamente esquizofrénico, sentimos necessidade de estabelecer uma divisão no conjunto global dos sintomas; divisão essa ordenada de modo a que um dos grupos nos pudesse oferecer uma fenomenologia mais directamente relacionada com o *morbus* esquizofrénico, qual seja: o aspecto primário do alucinar, do delirar, do ansiar; portanto, uma fenomenologia ainda por referenciar, que contemplasse prioritariamente a vertente formal, isto é, o acto em si na sua essência; chamámo-lhe - *Psicopatologia Primária Inicial*. E o outro grupo, a que chamámos – *Fenomenologia Topológica* – foi criado de modo a que nos pudesse oferecer uma fenomenologia, que, de certa maneira, requeresse já um objecto para se manifestar; portanto referenciada a algo: o sentimento de desconfiança, a experiência de abatimento ou expansão vital, a experiência de declínio somático sob a forma de vivência hipocondríaca, o sentir-se constrangido na sua liberdade (vide capítulo 2.1).

Em boa verdade não é bem a sentimentos (no sentido preciso do termo) que nos referimos, mas sim a algo que está a montante, a *pré-sentimentos* porque quase sempre eles são vagos, difusos, imprecisos, muito colados à vitalidade, como se de luzes de aviso, de alerta, nos vários modos de relação do homem com o mundo, incluindo o mundo íntimo, se tratasse.

Em relação à psicopatologia primária, seleccionámos, por assim dizer, dois aspectos do primário da psicopatologia: um aspecto directamente ligado ao acontecer afectivo e o outro aspecto ligado ao processar do próprio pensamento. No primeiro caso, interessava-nos chegar à estrutura formal do humor, dissecando o seu colorido (mais abatido, mais expandido, mais tenso). No segundo caso, interessava-nos contemplar o pulsar da própria linha do pensamento, observar o momento (a palavra tem aqui um sentido conjugado de tempo e espaço), no qual o *morbus* determina o desvio do curso, a partir do qual o processo (com o perceber incluído) segue outros rumos. Foi assim que chegámos ao bloco sintomatológico por nós catalogado de *Psicopatologia Primária Inicial*: Humor delirante; Alucinações; Percepção delirante; Ocorrência delirante; Tensão/Ansiedade. O humor delirante e a

tensão/ansiedade, constituem o aspecto mais afectivo deste bloco; e as alucinações, as percepções delirantes e as ocorrências delirantes, os aspectos mais relacionados com o processamento da actividade cognitiva.

Em relação ao bloco a que chamámos - *Fenomenologia Topológica* -, seleccionámos também dois aspectos que nos parecem relevantes no tal acontecer primário explicitado na relação homem – mundo (ver capítulo 2.1.4): um aspecto, directamente ligado ao acontecer afectivo nas suas várias expressões relacionais; e um segundo aspecto ligado ao processar do pensamento, tendo em conta a solidez dos vários arcos teleológicos que emanam do próprio processo. Expliquemos este último aspecto um pouco melhor. O pensamento dirige-se intencionalmente sempre a algo que está situado (no tempo) adiante e que marca uma espécie de objectivo que se persegue. De alguma forma o pensamento desentranha-se constantemente numa nova produção, previamente lançada num momento já passado, mas que toca constantemente o futuro; em nota de roda pé e em linguagem metafórica explicitamos o que queremos dizer²⁶⁸.

Daí encontrarmos em todos os sintomas deste segundo sub-grupo da fenomenologia topológica (o mais ligado ao pensamento e, por consequência, à vida cognitiva), um denominador comum: uma espécie de *pré-sentimento de insegurança*. Vejamos: a desconfiança, a perda da liberdade, a despersonalização, a hipocondria, os sintomas oníricos, o que têm em comum? Sem dúvida um *pré-sentimento de*

²⁶⁸ Nota: Imaginemos um pescador que lança com a sua cana a linha armada com o anzol, lá para a frente (para o futuro), à procura de um peixe que há-de vir. É a isto que se chama o arco teleológico. A linha que prende o anzol, para cumprir o seu objectivo, para além de ter que descrever uma determinada trajectória, previamente esboçada e desenhada, precisa também de possuir uma certa robustez, uma certa segurança. Imaginemos, por hipótese, que a linha não é uniforme na sua estrutura (distende-se aqui, rigidifica-se acolá, interrompe-se, enlaça-se com outras linhas, etc.); em suma, afasta, ou perde ou distorce o próprio objectivo. Também o pensamento, no seu constante dirigir-se intencional ao objecto, carece duma certa solidez e integridade no percurso. Se esta solidez, ou esta integridade, por razões ligadas ao próprio processar do pensamento, falha (lembramos a imagem do fio do pescador), então falha também o desígnio que se persegue (peixe para o pescador, objecto para o pensamento).

insegurança relacional com o mundo. E nada existe no mundo que não seja mediado, em primeiríssima mão, pelo pensamento²⁶⁹.

Assim e em resumo, codificámos neste bloco fenomenológico dois grupos de sintomas. Um grupo mais directamente relacionado com o processo afectivo: o abatimento afectivo (depressão), a expansão afectiva, neste contexto quase sempre sob a forma de distímia agressiva - a insegurança enrugando o colorido afectivo tornando-o “áspero” -, a própria disfunção afectiva (disforia).

Outro grupo directamente virado para o diálogo do sujeito com o mundo (íntimo e externo); são estes últimos, os sintomas relacionados com a dinâmica do campo vivencial e que resultam do referido diálogo do sujeito com o meio ambiente. Neste grupo englobamos a desconfiança, a perda da liberdade, o autismo, a hipocondria e os sintomas oníricos.

Analisemos, por ora, em termos meramente estatísticos, os dois blocos. Adiante, quando discutirmos a questão da procura do “algo” especificamente esquizofrénico, voltaremos a esta temática.

7.9.1 Fenomenologia topológica colhida no início da doença

Codificámos com esta expressão a fenomenologia mais dependente do encontro do homem consigo próprio e também com o campo vivencial no qual está mergulhado.

Fenomenologia Topológica	Sim		Não	
Desconfiança	125	60%	85	40%
Perda da liberdade	120	57%	90	43%
Autismo	167	80%	43	20%
Despersonalização	188	90%	22	10%
Expansão afectiva	52	25%	158	75%
Depressão	79	38%	131	62%
Hipocondria	66	31%	144	69%
Disforia	122	58%	88	42%
Distímia agressiva	64	30%	146	70%
Sintomas oníricos	36	17%	174	83%

Tabela 1 – Distribuição pela amostra dos diversos sintomas com base na fenomenologia topológica.

²⁶⁹ Del Pino, Carlos Castilla (1969):La Incomunicacion, Edicions 62 S.A., 8ª edição (1977), Barcelona, Pg. 14.

As variáveis relativas à tradução de toda a psicopatologia captada, com o perfil fenomenológico acima identificado, apresenta valores, cuja distribuição pela amostra, está representada na Tabela 1.

De realçar o predomínio substancial dos seguintes sintomas: desconfiança, autismo, despersonalização e disforia. Adiante avançaremos uma análise quantitativa e qualitativa a esta questão.

7.9.2 *Psicopatologia primária colhida no início da doença*

São os seguintes os sintomas primários codificados: Humor delirante; Percepção delirante; Alucinações; Ocorrências delirantes; Tensão/Ansiedade.

Psicopatologia Primária	Sim		Não	
Humor delirante	201	96%	9	4%
Alucinações	117	56%	97	46%
Percepções delirantes	113	54%	97	46%
Ocorrência delirante	184	88%	26	12%
Tensão / Ansiedade	141	67%	69	33%

Tabela 2 – Distribuição pela amostra dos diversos sintomas primários no início da enfermidade.

A Tabela 2 mostra a distribuição desta variável pela amostra.

O humor delirante (66% dos doentes) mostra uma frequência quase universal na nossa amostra. Este dado, confirma de alguma maneira, a ideia dos autores clássicos, que viam no humor delirante a plataforma para o lançamento do delírio (alguns chamaram-lhe mesmo pré-delírio). Também a ansiedade psicótica, codificada no nosso estudo sob a forma de tensão/ansiedade (escolhemos esta fórmula porque nos pareceu retratar com alguma fidelidade a complexa vivência ansiosa nestas circunstâncias), atingiu um valor muito significativo (67% dos doentes).

7.10 Co-Morbilidade

A par do estudo propriamente psicopatológico que desenvolvemos ao longo deste trabalho, analisamos também um conjunto de patologias, que, frequentemente, acompanham a evolução de quadros psicóticos. Neste sentido, pesquisamos determinadas situações clínicas que nos pareceram revelar alguma importância, na sua relação com a enfermidade psíquica.

Os critérios que utilizámos para este estudo foram particularmente de dois tipos. O primeiro resultou das referências à cerca da relativa frequência com que determinadas doenças somáticas acompanham a doença mental. Mayer Gross²⁷⁰, por exemplo, chama a atenção para a relação estreita entre certas enfermidades somáticas e distúrbios psíquicos; destaca entre aquelas, a diabetes²⁷¹ e outras doenças endócrinas, nomeadamente ováricas e tiroideias, a coreia de Huntington, distúrbios metabólicos, designadamente avitaminoses ligadas a comportamentos aditivos (álcool sobretudo) e a distúrbios electrolíticos ligados a afecções respiratórias e cardíacas, doenças hepáticas, situações de dependência a certas substâncias²⁷². Baseados nestes pressupostos, escolhemos, no que respeita às doenças somáticas, sintomáticas e tóxicas, as seguintes situações clínicas: diabetes, úlcera péptica, enfermidade hepática, doenças do ovário, doenças respiratórias; o tabaco e o álcool preencheram as situações de dependência estudadas.

O segundo critério resulta do primeiro e assenta na estabelecida ligação das referidas situações de dependência (álcool e tabaco) com determinadas doenças somáticas específicas; ulcera péptica, doença hepática e diabetes, no caso do álcool; doença respiratória e igualmente úlcera péptica no caso do tabaco. Interessava-nos averiguar se estas relações se mantinham ou se eventualmente se modificavam no decurso da doença mental.

²⁷⁰ Mayer-Gross, Slater and Roth. (1972): *Psiquiatria Clínica*, Tomo I, Primeira Edição em língua portuguesa, Editora Mestre Jou, S. Paulo, Pg. 360-400.

Nota: em relação à diabetes os autores afirmam mesmo que "a predisposição à diabetes parece estar relacionada com distúrbios afectivos e com a arteriopatia".

²⁷¹ *Ibidem.*, Pg. 386.

²⁷² *Ibidem.*, Pg 368.

Considerámos, também, a pesquisa de possíveis relações da involução da função ovárica (por razões médicas, cirúrgicas ou fisiológicas) e certas manifestações psicopatológicas na mulher, especificamente em determinados estratos etários.

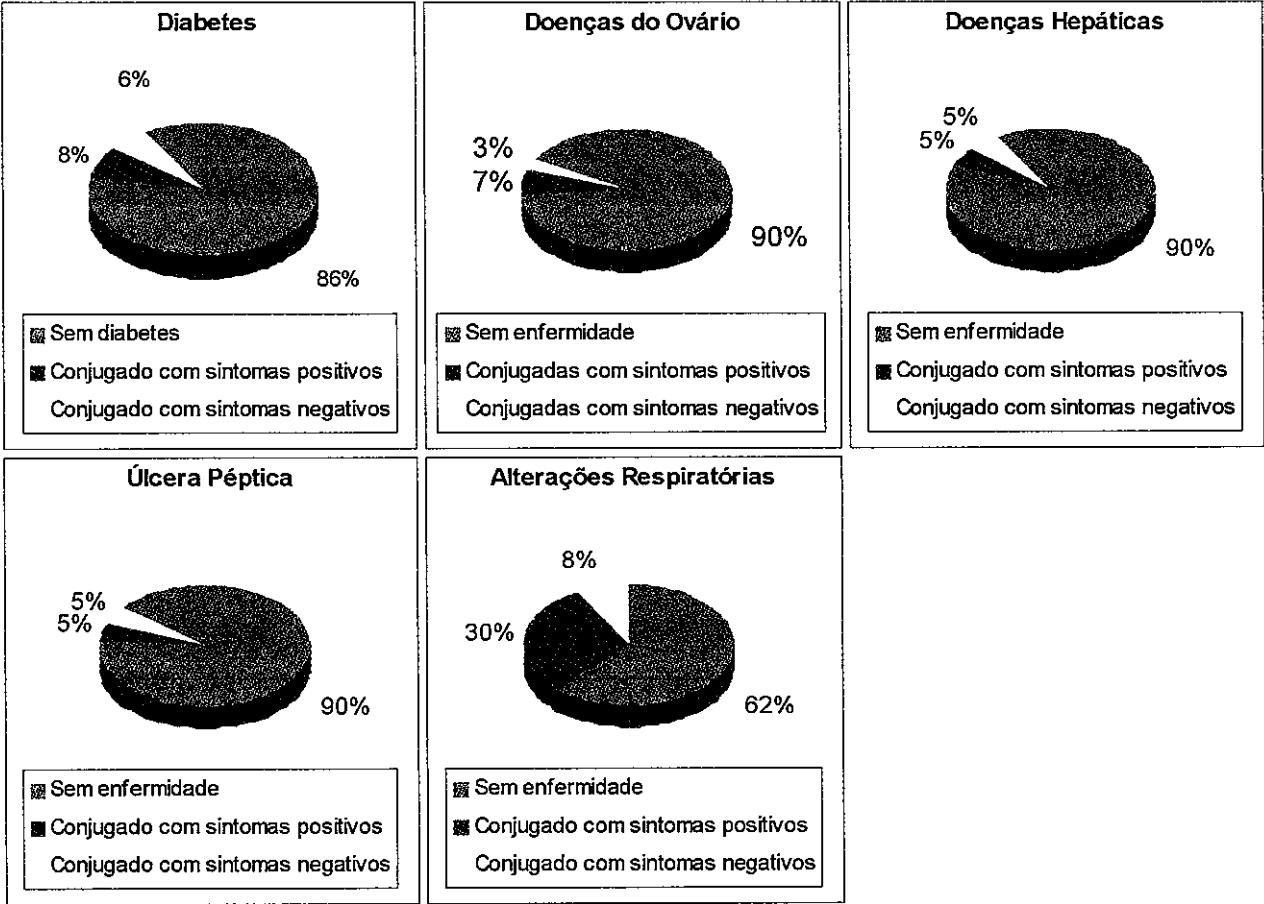


Figura 40 – Distribuição de algumas doenças somáticas pela amostra.

Dentro deste contexto, analisámos o comportamento das variáveis que traduziam as diversas situações clínicas citadas, face ao evoluir da psicose esquizofrénica. Concentrámos a nossa atenção sobretudo em dois marcos que nos pareceram ter importância decisiva no evoluir da psicose. O aparecimento da sintomatologia produtiva e o aparecimento da sintomatologia defectual.

Gostaríamos de confrontar os resultados obtidos no nosso trabalho com a prevalência destas situações clínicas na população geral. Infelizmente só em relação à diabetes, ao alcoolismo e ao tabagismo, pudemos ter acesso a estudos epidemiológicos publicados em boletins oficiais, por forma a podermos confrontar os

nossos resultados com os valores constantes nas tabelas difundidas pelo Ministério da Saúde no ano de 1998. Em relação à diabetes e, sobretudo ao tabagismo, os valores por nós obtidos revelam-se mais expressivos do que os que constam das referidas tabelas oficiais e que exprimem a prevalência destas situações na população geral, Tabela 3 e Tabela 4. Em relação ao alcoolismo os resultados por nós obtidos coincidem com os publicados pelo Ministério da Saúde, Tabela 4.

A expressão de algumas destas enfermidades em pacientes psíquicos pode ser observada na Figura 40 (pg. 324).

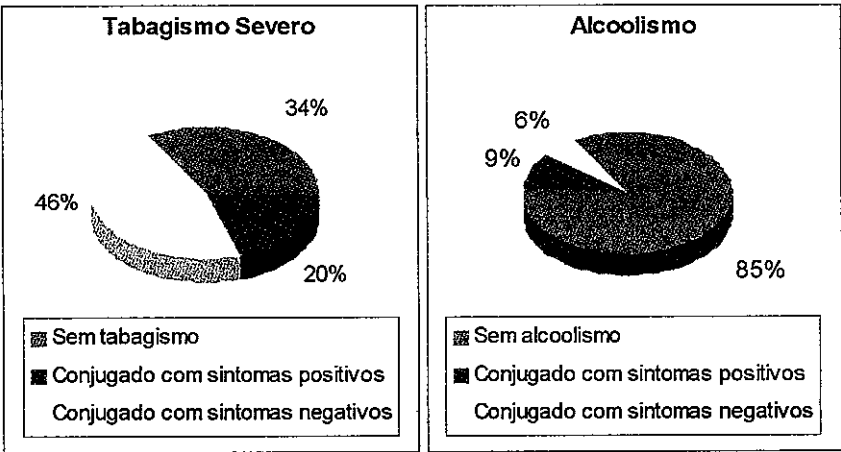


Figura 41 – Adição ao álcool e ao tabaco e a relação deste último com as doenças respiratórias.

Conforme mostra a Figura 41, o tabagismo e o alcoolismo, constituem, pela sua expressão e distribuição na amostra, elementos clínicos de grande importância na caracterização sindrômica e na evolução da perturbação mental; ver também Tabela 4 (pg. 326).

Doenças	População Geral (%)	Amostra (%)
Diabetes	Prevalência de 3 a 5% ⁽²⁷³⁾	14
Respiratórias	?	38
Hepáticas	?	12
Úlcera Péptica	?	10
Ovário	?	10

Tabela 3 – Doenças Somáticas. Percentagem na população geral e na amostra.

²⁷³ Nota: Valor publicado pela D.G.S e referente a 1998.

A relação destas variáveis com os sintomas negativos, particularmente no que se refere ao tabaco, afigura-se-nos de enorme importância. Adiante, quando tratarmos do problema da etiopatogenia da esquizofrenia (o “algo” especificamente esquizofrénico), voltaremos a falar sobre este assunto.

Dependências	População Geral (%)	Amostra (%)
Alcoolismo	15,3% ⁽²⁷⁴⁾	15
Tabagismo Severo	18,1% ⁽²⁷⁵⁾	66

Tabela 4 – Dependências de álcool e tabaco na população geral e na amostra.

PESQUISA DE AGREGADOS SINDROMÁTICOS

Após a descrição da amostra respeitante à distribuição das diferentes variáveis em estudo, importava analisar como essas variáveis se agrupavam em conjuntos sindromáticos. É o que de seguida faremos.

7.11 Análise da agregação de variáveis em conjuntos sindromáticos

No sentido de analisarmos o modo como os diferentes sintomas se agregam em conjuntos sindromáticos, procedemos, num primeiro tempo, a uma análise factorial das variâncias para cada uma das categorias atrás definidas: *Fenomenologia Topológica e Psicopatologia Primária Inicial*.

A partir dos resultados desta análise, estabelecemos os *factores / agrupamentos sindromáticos*, enunciando as *variáveis / sintomas* que os constituem.

Num segundo tempo, com o objectivo de estabelecer uma agregação de grupos de sintomas dentro de cada um dos factores atrás enunciados, procedemos a uma análise correlacional.

Com este tipo de análise poderemos definir as associações entre as diferentes variáveis que constituem os factores e assim melhor caracterizar a matriz

²⁷⁴ Nota: Consumo superior a ½ litro de vinho por dia; valor publicado pelo DEPS (Ministério da Saúde) em 1998 e referente ao ano de 1996.

²⁷⁵ Nota: Valor publicado pelo DEPS (Ministério da Saúde) para os anos de 1995/1996

sindromática que estamos empenhados em encontrar.

No sentido de avaliarmos quais os grupos de variáveis que contribuem para uma significativa percentagem de variância na amostra, procedemos a uma análise factorial, utilizando o método dos componentes principais. Fá-lo-emos, separadamente em relação aos dois grandes blocos em estudo: *Fenomenologia Topológica* e *Psicopatologia Primária Inicial*.

Relativamente à *Fenomenologia Topológica*, verificamos que 74.2% da variância é explicada pelos três primeiros factores²⁷⁶ (Tabela 5).

Factores	% de variância total	Variáveis	% de variância
Factor 1	34.9	Distímia agressiva	85
		Sintomas oníricos	73
		Disforia	63
		Expansão afectiva	61
Factor 2	28.8	Perda da liberdade	91
		Desconfiança	90
Factor 3	10.5	Autismo	42
		Despersonalização	42
		Disforia	40
Total	74.2		

Tabela 5 – Fenomenologia Topológica: Análise factorial e análise de componentes principais.

Como se pode verificar pela Tabela 5, o primeiro factor é constituído pelas variáveis: distímia agressiva, sintomas oníricos, disforia e expansão afectiva.

A análise de *Clusters* sobre estas variáveis, permitiu a sua separação num primeiro grupo que inclui 42 sujeitos, o que corresponde a 20% dos doentes observados. Designamos este agrupamento de sintomas, pelas suas características clínicas, como o grupo *Alucinatório-Delirante*.

O segundo factor é constituído pelas variáveis perda da liberdade e desconfiança, tendo a análise de *Clusters* definido um segundo grupo que inclui 90 sujeitos, o que corresponde a 42.9% dos doentes observados. Pelas características clínicas deste agrupamento de sintomas, designámo-lo por grupo *Pseudo-Neurótico*.

²⁷⁶ Nota: Vide Anexos.

O terceiro factor é constituído pelas variáveis autismo, despersonalização e disforia, tendo a análise de *Clusters* definido um terceiro grupo que inclui 78 sujeitos, o que corresponde a 37.1% dos doentes observados. Designamos, pelas suas características clínicas, este agrupamento de sintomas por grupo *Afectivo*.

Relativamente ao bloco *Psicopatologia Primária Inicial*, verificamos que 62.3% da variância é explicada pelos dois primeiros factores (Tabela 6).

Factores	% de variância total	Variáveis	% de variância
Factor 1	31.8	Percepção Delirante	79
		Tensão / Ansiedade	78
Factor 2	30.5	Humor Delirante	73
		Alucinações	65
		Ocorrências Delirantes	62
Total	62.3		

Tabela 6 – Psicopatologia Primária Inicial: Análise factorial e análise de componentes principais.

Como se pode verificar pela Tabela 6, o primeiro factor é constituído pelas variáveis percepção delirante e tensão/ansiedade, tendo a análise de *Clusters* identificado um grupo que inclui 132 sujeitos, o que corresponde a 62.8% dos doentes observados. Designamos este agrupamento de sintomas, pelas suas características clínicas, como o grupo *Pseudo-Neurótico*.

O segundo factor é constituído pelas variáveis humor delirante, alucinações e ocorrências delirantes, tendo a análise de *Clusters* identificado um grupo que inclui 78 sujeitos, o que corresponde a 37.1% dos doentes observados.

No entanto, neste grupo de sujeitos não foi possível extrair variáveis agregadas com valor estatisticamente significativo. Por isso, consideramos este grupo como um grupo heterogéneo, englobando doentes com sintomas pertencentes às várias categorias em análise.

Torna-se possível, após esta análise, a construção de uma primeira aproximação a uma matriz organizadora dos sintomas de acordo, quer com a fenomenologia topológica, quer com a psicopatologia primária inicial.

A análise factorial das variáveis correspondentes aos sintomas adstritos à

tabela da fenomenologia topológica, complementada pela análise de *Clusters*, revelou, como vimos, que tais *variáveis / sintomas* se distribuíam em arranjos que, basicamente, definiam três grupos compostos pelos seguintes sintomas:

- 1º. Grupo: Desconfiança; Perda da liberdade; Autismo; Despersonalização; Disforia.
- 2º. Grupo: Autismo; Despersonalização; Depressão; Hipocondria.
- 3º. Grupo: Despersonalização; Expansão afectiva; Disforia; Distímia agressiva; Sintomas oníricos.

Quase metade dos indivíduos (90), situam-se no território psicopatológico constituído pelo 1º grupo. Ao 2º grupo pertencem 78 indivíduos. Do 3º grupo fazem parte 42 indivíduos.

A análise factorial das variáveis correspondentes aos sintomas adstritos à tabela da psicopatologia primária, complementada pela análise de *Clusters*, revelou que tais *variáveis / sintomas* se organizavam em arranjos que basicamente definiam dois grupos compostos pelos seguintes sintomas:

- 1º Grupo: Humor delirante; Alucinações; Percepções delirantes; Tensão/Ansiedade
- 2º Grupo: Nenhuma variável assumiu uma expressão estatisticamente determinante na caracterização do grupo

Do 1º grupo fazem parte 132 indivíduos. Ao 2º grupo pertencem 78 indivíduos.

Relativamente à fenomenologia topológica, verificamos que os agrupamentos de sintomas correspondem às três classes da classificação dinâmico-estrutural.

Relativamente à psicopatologia primária inicial, verificamos a existência de um primeiro grupo, que corresponde à forma clínica pseudo-neurótica e um segundo grupo que, sendo heterogéneo, associa as outras duas formas de expressão clínica (afectiva e alucinatorio-delirante). Esta distribuição, por nós sugerida, alicerça-se na análise dos sintomas que caracterizam cada um dos *clusters*: no 1º, aparecem os quatro sintomas estudados no conjunto do bloco (humor delirante, alucinações, percepções delirantes, tensão/ansiedade), o que, em termos clínicos, pode condizer com o grupo pseudo-neurótico; no 2º, não obstante nenhuma variável ter assumido uma expressão estatisticamente determinante, os sintomas humor delirante e ocorrência delirante destacam-se ligeiramente. Estes dois sintomas fazem parte do

quadro clínico dos dois grupos designados por forma afectiva e forma alucinatório-delirante.

A pequena discrepância entre as duas análises (no que se refere ao número de doentes da forma pseudo-neurótica e afectiva) resulta, como acima referimos, do desdobramento que fizemos, na grelha da fenomenologia topológica, dos elementos semiológicos de colorido afectivo (expansão afectiva, depressão, disforia, distímia agressiva); na grelha respeitante à psicopatologia primária, a semiologia de tipo afectivo integra-se, de alguma forma, apenas no núcleo representado pelo humor delirante e pela Tensão/ansiedade.

Tendo em conta os valores obtidos nos dois tipos de análises estatísticas, particularmente no respeitante à distribuição da variável que codifica o sintoma *Tensão/Ansiedade*, reparamos que muitos dos doentes do 2º grupo (afectivo), cerca de 20, têm não só um perfil sintomatológico que os aproxima do 1º grupo (pseudo-neurótico), mas também possuem o tal distintivo *Tensão/Ansiedade* que os faz deslocar definitivamente para o 1º grupo (*Cluster 1*).

Do cruzamento dos dados estatísticos exibidos, e, tendo em conta o perfil sintomatológico dos diferentes *Clusters* obtidos, foi possível então caracterizá-los, não só em termos de diagnóstico clínico, mas também em termos de distribuição pela amostra das três formas.

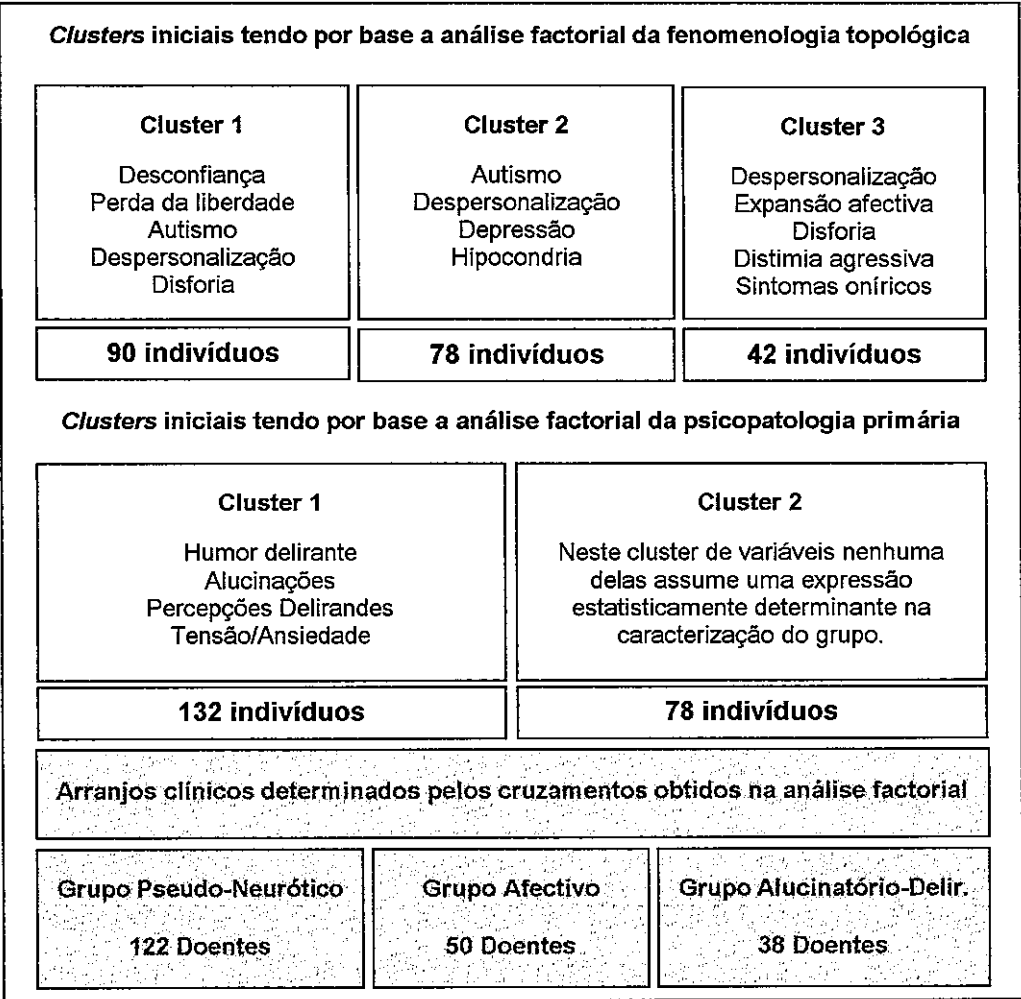
Assim, chegámos à seguinte arrumação final dos doentes em grupos diagnósticos, de acordo com a classificação dinâmico-estrutural:

122 doentes no grupo pseudo-neurótico.

50 doentes no grupo afectivo.

38 doentes no grupo alucinatório-delirante.

O esquema representado na Figura 42, mostra a matriz resultante da combinação dos dados que atrás foram explicitados.



Cluster 1

Humor delirante
Alucinações
Percepções Delirantes
Tensão/Ansiedade

132 indivíduos

Cluster 2

Neste cluster de variáveis nenhuma delas assume uma expressão estatisticamente determinante na caracterização do grupo.

78 indivíduos

Arranjos clínicos determinados pelos cruzamentos obtidos na análise factorial

Grupo Pseudo-Neurótico

122 Doentes

Grupo Afectivo

50 Doentes

Grupo Alucinatório-Delir.

38 Doentes

Figura 42- Movimento final dos clusters encontrados. Deduções clínicas correspondentes.

7.12 Análise da organização hierárquica dos sintomas dentro de cada grupo

Tendo-se definido quais os grupos sindromáticos que resultaram da análise factorial, importa agora definir de que modo os diferentes sintomas que constituem cada um desses grupos se relacionam entre si. Isto é, pretendemos saber se existem associações preferenciais entre os sintomas responsáveis pela dita organização sindromática.

Para tal, procedemos a uma análise correlacional entre todos os sintomas de cada um dos blocos já referidos (*Fenomenologia Topológica* e *Psicopatologia Primária Inicial*), cujos resultados estão representados nas Tabela 7 e Tabela 8.

	Descon- fiança	Perda de Liberdade	Autismo	Desperso- nalização	Expansão Afectiva	Depressão	Hipo- condria	Disforia	Distímia Agressiva	Sintomas Oníricos
Desconfiança	1	0.952 **	0.255 **	0.288 **	0.024	-0.201 **	-0.445 **	0.145 *	-0.276 **	-0.449 **
P. Liberdade	0.952 **	1	0.324 **	0.364 **	-0.016	-0.201 **	-0.450 **	0.123	-0.305 **	-0.500 **
Autismo	0.255 **	0.324 **	1	0.289 **	-0.474 **	0.297 **	0.191 **	-0.216 **	-0.459 **	-0.364 **
Despersonaliz.	0.288 **	0.364 **	0.289 **	1	-0.164 *	0.041	-0.070	-0.038	-0.145 *	-0.174 *
Exp. Afectiva	0.024	-0.016	-0.474 **	-0.164 *	1	-0.400 **	-0.317 **	0.152 *	0.531 **	0.237 **
Depressão	-0.201 **	-0.201 **	0.297 **	0.041	-0.400 **	1	0.702 **	-0.735 **	-0.514 **	-0.353 **
Hipocondria	-0.445 **	-0.450 **	0.191 **	-0.070	-0.317 **	0.702 **	1	-0.506 **	-0.292 **	-0.117
Disforia	0.145 *	0.123	-0.216 **	-0.038	0.152 *	-0.735 **	-0.506 **	1	0.395 **	0.361 **
Distímia Agressiva	-0.276 **	-0.305 **	-0.459 **	-0.145 *	0.531 **	-0.514 **	-0.292 **	0.395 **	1	0.687 **
Sintomas Oníricos	-0.449 **	-0.500 **	-0.364 **	-0.174 *	0.237 **	-0.353 **	-0.117	0.361 **	0.687 **	1

* p < 0.05
** p < 0.01

Tabela 7 – Matriz de correlações (Fenomenologia Topológica).

Consideremos o primeiro grupo de factores relativo ao bloco *Fenomenologia Topológica*: o grupo *Alucinatório-Delirante*.

Verificamos pela Tabela 7 que os sintomas – disforia agressiva e sintomas oníricos – apresentam uma correlação de 0,687 (p<0,01), enquanto que os sintomas disforia e expansão afectiva, apresentam uma correlação de 0,152 (p< 0,05).

No que respeita ao segundo grupo, denominado *Pseudo-Neurótico*, os dois sintomas que o constituem estão, como se esperava, alta e significativamente correlacionados (r= 0,952, p<0,01).

	Humor delirante	Alucinações	Percepções delirantes	Ocorrências delirantes	Tensão / Ansiedade
Humor delirante	1	0.190 **	0.134	0.277 **	0.152 *
Alucinações	0.190 **	1	0.020	0.334 **	-0.032
Percepções delirantes	0.134	0.020	1	-0.174 *	0.491 **
Ocorrências delirantes	0.277 **	0.334 **	-0.174 *	1	-0.109
Tensão / Ansiedade	0.152 *	-0.032	0.491 **	-0.109	1

* p < 0.05
** p < 0.01

Tabela 8 - Matriz de correlações (Psicopatologia primária).

No terceiro grupo, *Afectivo*, dos três sintomas que resultaram da análise factorial, apenas a despersonalização e o autismo apresentam uma correlação positiva e estatisticamente significativa.

Consideremos, agora, o segundo bloco, *Psicopatologia Primária Inicial*. Os resultados da análise correlacional estão representados na Tabela 8.

Relativamente ao primeiro grupo de sintomas, *Pseudo-Neurótico*, e como se esperava, os dois sintomas que o constituem – percepção delirante e tensão/ansiedade –, estão alta e significativamente correlacionados ($r = 0,491$, $p < 0,01$).

No que respeita ao segundo grupo de sintomas (heterogéneo), ressalta a correlação entre as ocorrências delirantes e as alucinações ($r = 0,334$, $p < 0,01$), bem como as correlações entre o humor delirante e as ocorrências delirantes ($r = 0,277$, $p < 0,01$), ou as próprias alucinações ($r = 0,190$, $p < 0,01$).

PESQUISA DAS RELAÇÕES ENTRE CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DOS DOENTES E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA DOENÇA

Tendo verificado de que modo os sintomas se organizavam numa matriz hierárquica, de onde conseguimos extrair grupos sindromáticos e ordenações de conjuntos de sintomas dentro de cada um desses grupos, importava agora saber como as características estruturais do doente configuravam as características clínicas da doença.

Para tal, procedemos a um conjunto de análises de correlações entre as variáveis caracterizadoras das condições atrás enunciadas.

7.13 Correlações entre características estruturais e clínicas

Antes de mais, não nos restam dúvidas que a personalidade e o biótipo constituem duas estruturas do sujeito que se apresentam muito correlacionadas ($r = 0,293$, $p < 0,01$). Como vimos na análise de frequências, 42 dos 45 casos com personalidade depressiva enquadram-se no biótipo pícnico e 50 dos 63 casos com

personalidade esquizóide se enquadram no biótipo leptossomático.

Sendo assim, como é que estas estruturas se relacionam com os tipos de expressão da doença esquizofrénica?

Na nossa amostra, não só verificamos que as características da personalidade intervêm no tipo de expressão da doença (como a análise de correlações entre o tipo de personalidade x Esquizofrenia Inicial segundo o critério Dinâmico-Estrutural demonstrou – $r = 0.293$, $p < 0.01$); mas também verificamos que cada tipo particular de personalidade se associava com um tipo específico de diagnóstico clínico. De facto, a análise de frequências demonstrou que as personalidades depressivas se relacionavam, preferencialmente, com a esquizofrenia do grupo afectivo, as esquizóides com a esquizofrenia de tipo pseudo-neurótico e as paranóides com a esquizofrenia de tipo alucinatório-delirante (Figura 43).

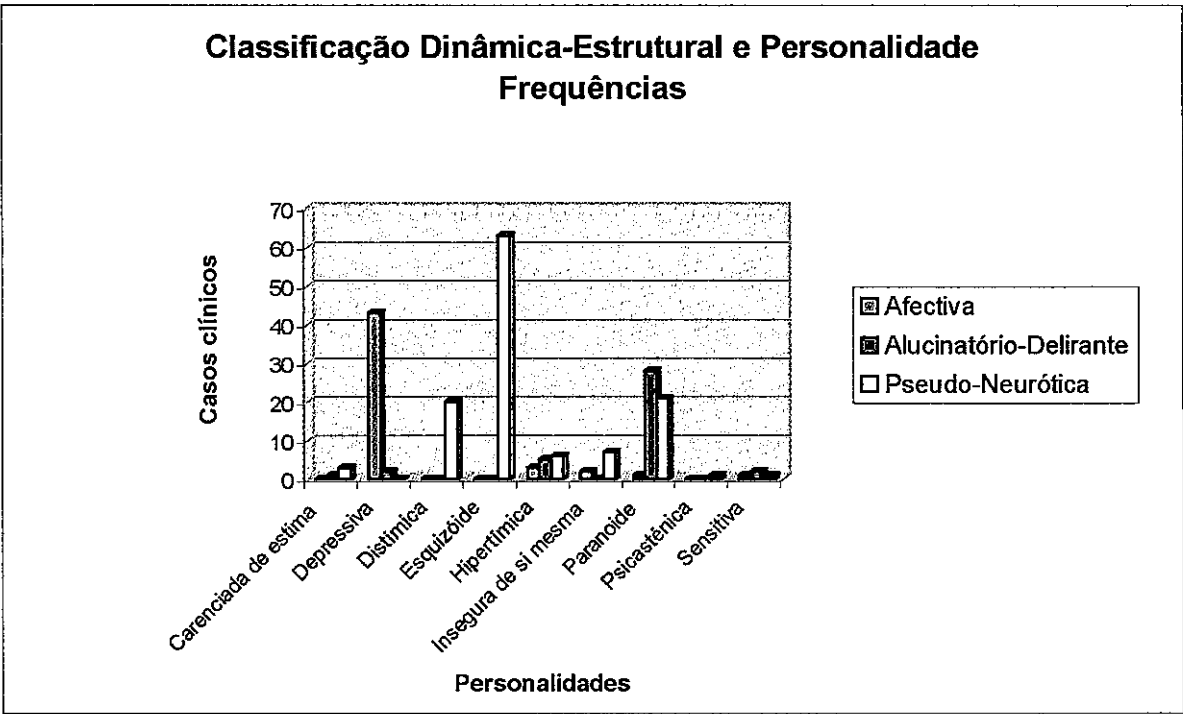


Figura 43 - Relações encontradas entre as diversas personalidades e os diferentes tipos de esquizofrenia, tendo por base a classificação dinâmico-estrutural.

Também no campo estritamente clínico, importava saber se o tipo de diagnóstico, reproduzindo um tipo específico de expressão da doença, se relacionava com a forma de início da patologia em estudo. Esta questão revela-se

importante para o nosso objectivo de caracterização da evolução da doença em função dos diversos factores que podem interferir nesse mesmo curso.

Não só existe uma relação entre o tipo de início e o diagnóstico inicial de esquizofrenia, numa perspectiva Dinâmico-Estrutural ($r = -0.346$, $p < 0.01$), como os 3 tipos identificados de início da doença se distribuem, de uma forma clara, pelos 3 tipos de diagnóstico de esquizofrenia (Figura 44).

Se foi possível estabelecer esta relação entre início da doença e diagnóstico inicial, o que dizer quanto à evolução desses mesmos quadros clínicos?

Se muitos desses quadros mantêm o diagnóstico após 6 meses de evolução, como a análise de correlações sugere (correlação entre diagnósticos iniciais e actuais, $r = 0.745$, $p < 0.01$), outros apontam claramente para o seguinte: enquanto que as esquizofrenias de tipo afectivo evoluem para a cura, as alucinatório-delirantes mantêm-se como tal e as pseudo-neuróticas evoluem para defeitos severos (Figura 45).

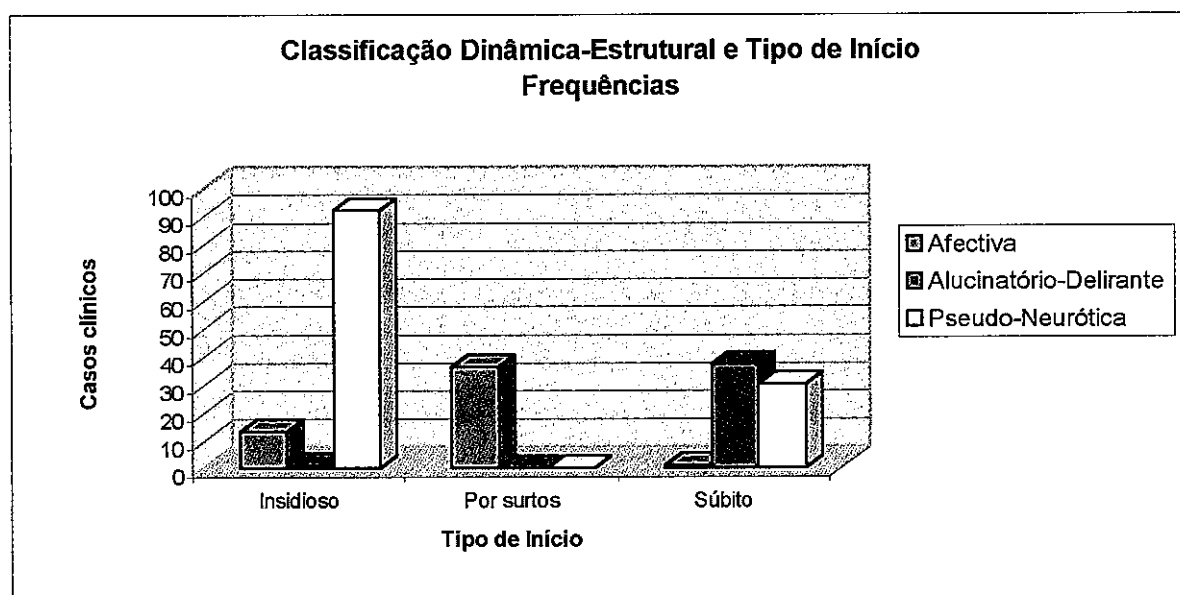


Figura 44 - Relações encontradas entre o tipo de início da enfermidade e os diferentes tipos de esquizofrenia, tendo por base a classificação dinâmico-estrutural.

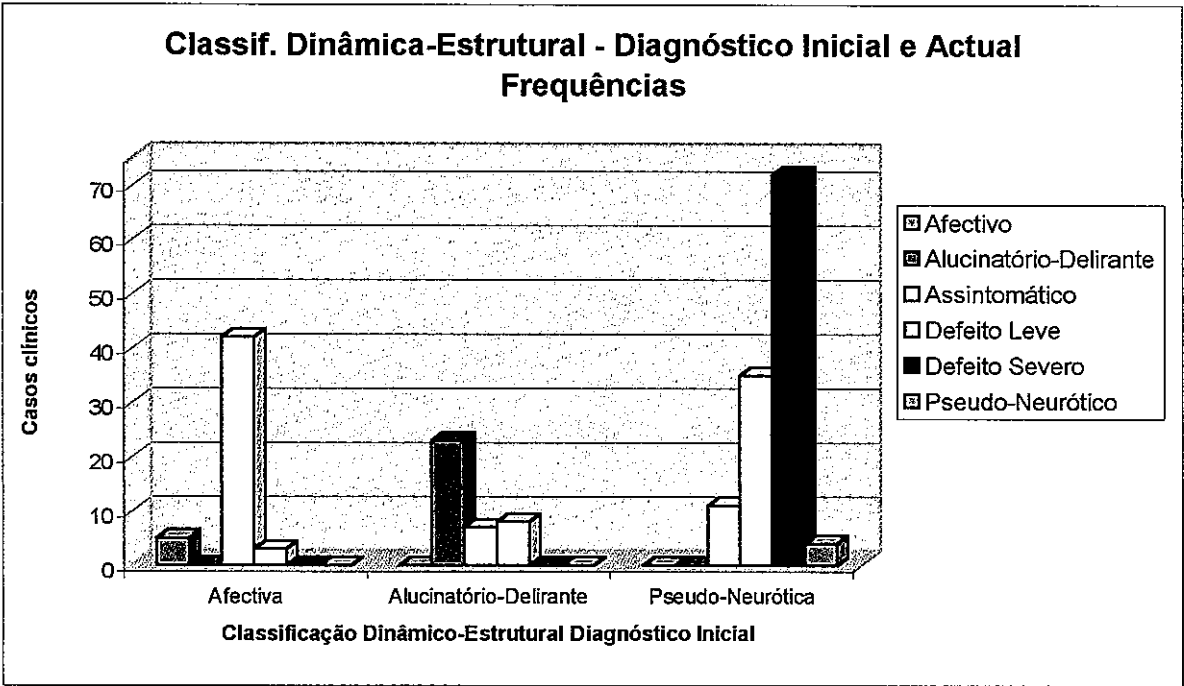


Figura 45 - Relações encontradas entre as formas inicial e actual da esquizofrenia, tendo por base a classificação dinâmico-estrutural.

7.14 Síntese

A análise das diversas *variáveis / sintomas*, concentrou-se fundamentalmente em dois planos: o plano dos sintomas e o plano da personalidade.

Em relação aos sintomas, a semiologia, como repetidamente tem sido dito, foi recolhida, sob dois aspectos: a *fenomenologia topológica* e a *psicopatologia primária*.

No plano da *fenomenologia topológica*, a despersonalização e o autismo emergiram como os sintomas mais frequentes (80 e 90 %, respectivamente). Significa isto que ser esquizofrénico é ser alguém afastado do mundo no qual sempre viveu, mesmo do seu mundo pessoal, formulando e mesmo construindo em sua substituição (do mundo antigo, do mundo da convivência consigo e com os outros), um mundo novo e privado e como atrás dissemos mais do que privado, privativo.

Os sintomas que se revelaram mais frequentes, no plano da *psicopatologia primária inicial*, nesta análise quantitativa, foram o humor delirante e a ocorrência

delirante. Os dois sintomas tiveram uma presença em toda a amostra que rondou os 90%. Isto significa que, de facto, a esquizofrenia é, fundamentalmente, o delírio. Quer dizer, haverá muito poucas esquizofrenias, particularmente nos períodos de início e de estado, sem delírio, e, mesmo estas, se as houver, só aparentemente estarão esvaziadas de delírio.

No plano da personalidade, estudámos quantitativamente, não só as diversas personalidades, mas também os biótipos que lhes servem de suporte morfológico.

Em relação às personalidades propriamente ditas, apurou-se que, sensivelmente 75% das mesmas, se encaixavam nos desenhos psíquicos designados por personalidades paranoides, depressivas e esquizoides. Isto quer dizer que quase todas as esquizofrenias se distribuem por personalidades bem específicas, as quais os autores clássicos consagraram com os nomes acima citados.

O estudo dos biótipos revelou, no plano apenas quantitativo, uma presença bem significativa do biótipo pícnico (38%), o que não admira, tendo em consideração as características biotipológicas do homem português. Porém, só o biótipo displástico se destaca pela menor presença (23%), assumindo, mesmo assim, um valor não despidendo.

Tendo em conta a diversidade do tipo de variáveis em estudo, propomo-nos, numa primeira fase, fazer uma análise comparativa de todas as variáveis pertencentes a um mesmo tipo, análise essa centrada no estudo das respectivas frequências. Numa segunda fase, tentámos pesquisar, no jogo das variáveis, quais aquelas que manifestavam tendências associativas dentro do mesmo tipo. Por último, procurámos avaliar as correlações preferenciais entre as diversas classes de variáveis ou tipos.

Os resultados estatisticamente mais significativos apurados, neste contexto, foram os seguintes:

1º Relação entre personalidades e outras classes de variáveis.

Com biótipos: Personalidades depressivas e biótipos pícnicos. Personalidades esquizoides e biótipos leptossomáticos. Personalidades paranoides e biótipos

pícnicos e displásticos.

Com formas diagnósticas na base da classificação dinâmico estrutural:
Personalidades depressivas relacionadas com a forma afectiva da esquizofrenia.
Personalidade esquizoides relacionadas com a forma pseudo-neurótica.
Personalidades paranoides com a forma alucinatório-delirante.

2º. Relação entre formas de esquizofrenia (base dinâmicoestrutural) com:

Tipos de início de doença: Início insidioso com a forma pseudo-neurótica; súbito com a forma alucinatório-delirante; por surtos com a forma afectiva.

Com estados de evolução ao fim de sensivelmente 6 meses: as formas afectivas evoluem frequentemente para a cura ou, pelo menos, para situações assintomáticas; as formas alucinatório delirantes evoluem frequentemente para defeitos leves ou mesmo para a cura. As formas pseudo-neuróticas evoluem frequentemente para defeitos graves.

Por sua vez a análise correlacional sugeriu, quer em relação aos sintomas individuais, quer em relação a variáveis que representam classes de sintomas, a possibilidade de agregação sindromática desses sintomas, para além de indicar prováveis correlações “genéticas” existentes entre vários destes sintomas, como por exemplo, desconfiança e perda da liberdade, depressão e hipocondria, distímia agressiva e sintomas oníricos, ou ainda entre certas personalidades e alguns biótipos, formas de esquizofrenia e diversos tipos de evolução e formas de esquizofrenia e certas personalidades.

Da análise de todo o conjunto de dados analisados, foi possível identificar *Clusters* que fizemos corresponder a formas clínicas específicas, preenchidas com os indivíduos (doentes) que resultaram do cruzamento de todos os parâmetros, clínicos e estatísticos, entretanto apurados.

8 Discussão dos resultados

8.1 O grupo de doentes estudado

Após selecção cuidadosa dos cerca de 300 casos clínicos que apresentavam, como núcleo psicopatológico fundamental, o delírio, chegámos ao número final de doentes que constitui a nossa amostra. Excluimos todos os casos nos quais o delírio encerrava uma causalidade detectável e evidente, designadamente casos de psicoses sintomáticas, psicoses epiléticas, psicoses tóxicas, psicoses orgânicas, delírios sensitivos de auto-referência, delírios primitivos de auto-referência, reacções e desenvolvimentos anormais da personalidade. O facto de deixarmos ficar algumas histórias paradigmáticas destas últimas formas de adoecer mental, apenas serviu para deixar bem claro os critérios que seguimos para a exclusão de doentes do nosso estudo.

Todos os doentes foram por nós observados ao longo de vários anos. Como noutro local já referimos, seria talvez mais fiável que os diagnósticos pudessem ter sido confirmados por mais do que um clínico, mas também não é menos certo que, numa área de contornos conceptuais tão esbatidos, como é o caso da doença mental em geral e da esquizofrenia em particular, o facto de ser só uma pessoa a observar os diversos casos clínicos, aperta muito mais o crivo nosológico e garante maior homogeneidade nos diagnósticos, quer nos diagnósticos de inclusão quer nos de exclusão.

8.2 Análise global dos vários parâmetros clínicos

Um estudo semelhante havia sido efectuado na Alemanha, nas décadas de 40 e 50 por K. Conrad e em Portugal por António Fernandes da Fonseca no ano de 1959.

Conrad, partindo da psicopatologia de K. Jaspers, e da psicopatologia cultivada na Escola de Heidelberg (Gruhle, K Schneider, Mayer Gross), chegou, após anos de investigação, à elaboração duma teoria original (pelo menos nalguns aspectos) – a concepção *gestalto-estruturalista* - sobre o adoecer esquizofrénico e a sua evolução.

Fonseca, percebendo que a teoria de Conrad, conquanto interessante, enfermava dum erro de avaliação, porquanto a amostra da qual Conrad partiu para a sua investigação era excessivamente homogénea (107 soldados alemães que haviam adoecido de esquizofrenia nos anos de 1941 e 1942 em plena Grande Guerra), avançou para um trabalho de investigação paralelo (pelo menos nas intenções) ao de Conrad, mas alicerçado numa amostra de todo heterogénea, não só no respeitante às idades, mas também ao sexo e às circunstâncias ambientais. O estudo de Fonseca incidiu, então, sobre um total de 92 doentes (34 mulheres e 58 homens) internados nesse ano no Hospital do Conde de Ferreira e aos quais havia sido atribuído e posteriormente confirmado o diagnóstico de esquizofrenia. Fonseca trabalhou a amostra em várias vertentes psicopatológicas, filtradas a partir de histórias clínicas elaboradas nos diferentes serviços hospitalares. Depois, agrupou os diversos elementos colhidos em círculos clínicos, desenhados com alguma coerência fenomenológica, elegendo então dois parâmetros semiológicos e psicopatológicos fundamentais: A data de início dos primeiros sintomas e as suas características clínicas. Fonseca, talvez por ter arrancado duma amostra com as características acima referidas, heterogénea (nas variáveis, idade, sexo e ambiente), contrariamente a Conrad que assentou o seu estudo numa amostra homogénea naquelas mesmas variáveis (todos homens, todos soldados em plena guerra, todos portanto mergulhados num ambiente semelhante), chegou a um resultado distinto ao de Conrad, para o qual o delírio esquizofrénico tinha uma textura psicopatológica homogénea. De facto, o investigador português, encontrou em cerca de 50% dos casos que estudou, a que chamou formas pseudo-neuróticas, uma organização sensivelmente homogénea do delírio. Mas encontrou igualmente, em cerca de metade dos casos, uma organização heterogénea, isto é, o delírio seguiu o seu curso por outros caminhos psicopatológicos. Numa palavra, Fonseca pôs em causa a organização unitária do delírio esquizofrénico em cerca de 50% das esquizofrenias estudadas.

Todavia, as conclusões destes estudos (Conrad e Fonseca) careciam de nova investigação, desta feita estendida a outras variáveis que nos pareceram importantes, como sejam, a personalidade prévia e a evolução ao fim de 6 meses.

Foi o que realizámos com a nossa amostra de 210 doentes e que passamos a explorar nas suas diversas vertentes.

Desenhos psicopatológicos e fenomenológicos

Partimos, então, duma amostra de 210 casos clínicos, nos quais o diagnóstico de esquizofrenia se revelava inequívoco. Através das histórias clínicas que os leitores têm disponíveis no início da parte três desta obra, e, sobretudo, através duma análise tão rigorosa quanto possível do acontecer psicótico, foi possível estabelecer, com segurança, uma rede de critérios conceptuais, sempre assentes na psicopatologia e na fenomenologia clássicas, enriquecidas pela visão topológica e configuracional do adoecer esquizofrénico, usando, na medida do possível, os mesmos critérios diagnósticos que Conrad consagrara no seu estudo.

A Figura 46 ilustra as amostras utilizadas nos três estudos no que respeita à sua distribuição pelo grupo etário.

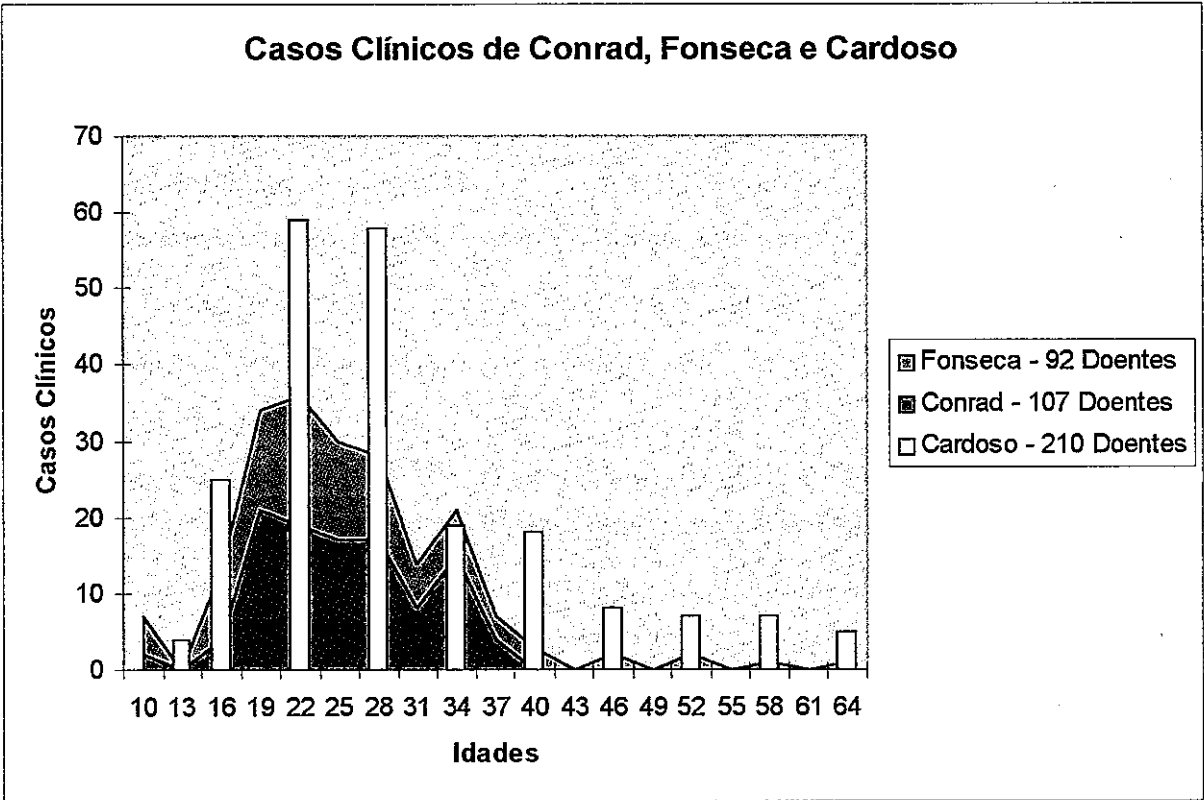


Figura 46 – Distribuição das 3 amostras segundo a idade.

8.2.1 *Data de início dos primeiros sintomas em função da idade*

Aceitando, como havia feito Fernandes da Fonseca, aliás, na linha de quase todos os grandes autores clássicos, que o delírio constituía o ponto fulcral do adoecer esquizofrénico²⁷⁷, tentámos desenvolver um estudo que englobasse não só a evolução do delírio (como núcleo psicopatológico fundamental), mas também a sua estrutura (especificamente no plano formal). Fernandes da Fonseca havia proposto como modelo de investigação, a fusão das duas perspectivas que mais longe haviam levado a análise fenomenológica do delírio, bem como a dinâmica da sua transmutação estrutural; as duas perspectivas em causa, agora fundidas numa só, eram o “*organo – dinamismo*” de Henri Ey e o “*gestalto – estruturalismo*” de Conrad. Na parte teórica deste trabalho já abordámos esta questão.

Não tivemos qualquer dúvida em seguir tal método, que, para além de original, nos pareceu consequente.

Assim, começámos por avaliar, como fez Fonseca²⁷⁸, a dinâmica do acontecer psicótico em relação às seguintes variáveis: “Idade de início” dos sintomas em relação a cada doente (critério evolutivo) e as características dos primeiros sintomas (critério *fenomenológico-estruturalista*). Às duas interrogações referidas e formuladas por Fonseca, acrescentámos mais duas: o estudo da personalidade pré-mórbida dos doentes e a reavaliação do evoluir da doença ao fim de seis meses. Como atrás ficou expresso, o evoluir da investigação estimulou-nos, mais tarde, a acrescentar uma quinta questão – a pesquisa de um “algo” especificamente esquizofrénico.

Comparando alguns dos resultados dos três estudos apuramos de imediato o seguinte: 62,6% dos doentes de Conrad iniciaram os sintomas da enfermidade até à idade de 28 anos; 59,9% entre os 16 e os 28 anos. 65,2% dos doentes de Fonseca iniciaram os sintomas psicóticos até à idade de 28 anos; 56,5% entre as idades de 16 e 28 anos. 66,3% dos nossos doentes iniciaram os sintomas da psicose até aos 28 anos. 64.4 entre as idades de 16 e 28 anos.

Da análise destes resultados infere-se uma coincidência quase absoluta em

²⁷⁷ Fernandez, Alonso (1979); Fundamentos da Psiquiatria Actual, Op. cit., Pg. 318.

²⁷⁸ Fonseca, Fernandes (1987); Psiquiatria e Psicopatologia, II Volume, Op cit., Pg. 43.

relação ao início dos sintomas. O escasso numero de casos, face à extensão da nossa amostra, de doença antes dos 16 anos, deve-se certamente ao facto de, nos dias que correm, um numero significativo de esquizofrenias, estarem misturadas com o fenómeno alastrante da dependência a drogas, isto é, estarem mascaradas com a toxicodependência. Obviamente que no tempo em que Fonseca e Conrad desenvolveram os seus trabalhos (décadas de 50 e 60) na Europa e no Mundo a droga não tinha a expressão de disseminação brutal que tem hoje. É certo que havia outra substância, o álcool, que tinha uma expressão provavelmente tão elevada em termos de consumo, como tem hoje. Porém, como demonstra a Figura 41 (pg. 325), a prevalência do álcool na população psicótica não é mais elevada do que na população geral. Ora, o mesmo não acontece com a droga, que, sabemos hoje, atinge uma fatia muito expressiva na população jovem, exactamente aquela população que mais atingida é na doença esquizofrénica; portanto, é de admitir que, pelo menos alguns casos de psicoses tóxicas, entraram no território da enfermidade pela porta da droga, mas existiria já, muito provavelmente, uma susceptibilidade de base para a queda psicótica. As pequena diferenças, quase desprezíveis, que afastam os resultados globais do nosso trabalho, bem como do trabalho de Fonseca, da investigação encetada por Conrad, deve-se ao facto de, uma percentagem de sensivelmente 10% dos casos estudados, ter começado depois dos 40 anos. Ora a amostra de Conrad não contempla estas idades, logo aí se encontra a explicação da pequena (apesar de tudo) discrepância.

Em resumo, e, como pode ser observado na Figura 46, o perfil da curva de instalação da doença em função da idade revela um desenho bastante idêntico nos três estudos efectuados. Recordamos que estamos perante estudos completamente diferentes quanto ao material clínico analisado, quanto ao método de análise, quanto à idade dos pacientes, quanto à sua cultura e proveniência etnográfica e social. Foram ainda estudos efectuados em períodos históricos de características específicas e diversas. Pois, mesmo assim, perante toda esta diversidade explicitada, encontramos um comportamento ao nível dos tempos de entrada na psicose, bastante aproximado nos três estudos. Semelhante ilação já havia sido constatada há cerca de 30 anos por Fernandes da Fonseca.

Desta análise inferimos que *perante amostras representativas, sejam quais forem as suas características clínicas e sociais, estas não influenciam de modo seguro e evidente, a data de início da generalidade das esquizofrenias.*

8.2.2 Os primeiros sintomas. Características clínicas

Depois de analisados todos os sintomas, e, ponderada a preponderância dos mesmos nos diversos quadros clínicos, apurámos que era possível estabelecer agrupamentos sindromáticos, tendo em conta, não só a frequência como apareciam de forma conjugada, mas, sobretudo, a capacidade de polarização semiológica que tais grupos manifestavam, influenciando decisivamente o perfil clínico do quadro em causa.

Tipos Clínicos	Componentes Principais				Clusters	
	Topologia Fenomenológica		Sintomas Primários		Topologia Fenomenológica	Sintomas Primários
Pseudo-Neurótica	Desconfiança	89	Percepção delirante	79	Desconfiança	Percepção delirante
	Perda da liberdade	91	Tensão / Ansiedade	78	Perda da liberdade	Tensão / Ansiedade
Afectiva	Autismo	42	Humor delirante	73	Autismo	Humor delirante
	Despersonalização	42			Despersonalização	
	Disforia	40			Depressão	
Alucinatório-Delirante	Expansão afectiva	61	Alucinações	65	Expansão afectiva	Alucinações
	Disforia	63	Ocorrências delirantes	62	Hipocondria	Ocorrências delirantes
	Sintomas oníricos	73			Disforia	
					Distímia agressiva	
					Sintomas oníricos	

Tabela 9 – Dos componentes principais aos clusters. Formas clínicas.

Fernandes da Fonseca isolou na sua investigação sete núcleos sindromáticos orientadores do diagnóstico inicial. Foram eles: Neurastenia; Anestesia afectiva;

Desconfiança; Hebefrenia; Início maníaco; Início depressivo; Início alucinatório-delirante. Para além de confirmarmos os referidos agrupamentos de sintomas (núcleos sindrômicos), foi-nos possível isolar em cada quadro, com recurso à análise factorial, grupos semiológicos, no interior dos quais cada sintoma assumia uma força específica própria. Tais sintomas, evidenciavam uma relação própria entre si, uma espécie de parentesco que envolvia dois ou mais sintomas, criando algo que se assemelhava a famílias sindrômicas, que, no fundo, mais não eram do que as entidades clínicas (sub-grupos nosográficos) consagradas na classificação dinâmico-estrutural. Da análise do tipo de sintomas mais inter-relacionados, associada às análises de agrupamentos de sintomas, bem como dos sintomas mais relevantes em termos de explicação da variância, propomos um arranjo matricial (Tabela 9) que permite uma visualização destes dados numa forma global e interactiva.

Sem dúvida que, face aos achados clínicos que, pela sua extensão, consideramos incontroversos, faz todo o sentido interpretar os três grupos que imanam da leitura dos *Clusters*, como correspondentes às três formas da classificação dinâmico-estrutural – as formas pseudo-neurótica, afectiva e alucinatório-delirante. Afinal, três formas de adoecer que, muito precocemente, apontam três caminhos distintos não só na estruturação do delírio, como adiante veremos, mas também na evolução, no prognóstico, no tratamento e, enfim, no próprio diagnóstico precoce.

A desconfiança, a perda da liberdade e a associação do estado de tensão com a ansiedade caracterizam o estado de consciência e o estado emocional aquando da entrada na esquizofrenia através do treme. Inicia-se assim a desorganização do campo vivencial, com a emersão de vivências apofânticas, oriundas da perturbação topológica e configuracional, conduzindo à produção delirante primária. Daí a força percentual das percepções delirantes nos nossos achados estatísticos. O delírio nestas formas de esquizofrenia tem, indiscutivelmente, uma génese *gestáltica*. Estas formas chamadas pseudo-neuróticas constituíram, na nossa investigação, o grupo mais numeroso. Dos 210 doentes estudados, 122 entraram na esquizofrenia por esta porta, ou seja 58,1% a que correspondem 60 homens (28,6%) e 62 mulheres (29,5%). A idade média do início desta forma de adoecer psicótico situou-

se nos 22,9 anos (22,3 anos para os homens e 23,7 anos para as mulheres).

O autismo, a despersonalização, a depressão e o humor delirante, caracterizam o estado de consciência e o estado emocional aquando da entrada na esquizofrenia em cerca de $\frac{1}{4}$ dos doentes. Nestas formas o humor delirante, o sintoma primário com a maior expressão neste grupo, foi frequentemente precedido pelos outros sintomas do grupo, nomeadamente pelo autismo e despersonalização e sucedido, quase sempre pela depressão. Num numero reduzido de casos, ao humor delirante (neste grupo afectivo), sucedeu uma expansão vital de tipo maníaco. Nestas formas, a que chamamos afectivas, não se verificaram quaisquer desestruturações do campo vivencial, explicitando-se o delírio, quanto à sua génese, de forma não *gestáltica*. De facto, também podemos confirmar na análise factorial que efectuámos, que, nesta forma de adoecer, não existem, pelo menos de maneira significativa, vivências apofânticas de raiz configuracional. Por exemplo, as percepções delirantes não têm uma grande expressão nesta forma de delírio esquizofrénico. O início da doença com sintomatologia marcadamente afectiva constituiu o segundo grupo mais numeroso. Dos 210 doentes em estudo, 50 (23,8%), iniciaram a sua psicose no caminho psicopatológico afectivo. Em média estes doentes adoeceram aos 29,9 anos; os homens aos 28,8 anos e as mulheres aos 30,7 anos.

A expansão afectiva, a disforia, a hipocondria, a distímia agressiva e os sintomas oníricos, constituíram a porta de entrada na esquizofrenia alucinatório-delirante. Tais sintomas precederam, quase sempre a produção delirante (na forma de ocorrências delirantes) e as alucinações. Estes dois elementos psicopatológicos apareceram quase sempre de forma súbita, pouco tempo depois do início da disforia e quase sempre também de maneira muito expressiva. A génese do delírio revelou-se, tal como no grupo anterior, de forma não *gestáltica*. De facto, também podemos confirmar na análise factorial que efectuámos, que, nesta forma de adoecer, não existem, pelo menos de maneira significativa, vivências apofânticas de raiz configuracional. Por exemplo, o mundo perceptivo mantém-se intacto, o campo vivencial permanece íntegro no plano configuracional e as percepções delirantes não têm uma expressão significativa. Compõem este grupo 38 doentes (18,1%), sendo constituído por 21 homens (10%) e 17 mulheres (8,1). Estas formas aparecem um

pouco mais tarde do que as precedentes, atingindo no nosso trabalho as seguintes médias etárias: 42,5 anos em média geral; os homens adoeceram um pouco mais cedo (41,2 anos) do que as mulheres (44,0 anos).

A análise do delírio esquizofrénico, estudado nos planos fenomenológico e estrutural nas três formas de início da enfermidade, permite-nos confirmar a ideia, já indiciada por Fernandes da Fonseca, da heterogeneidade do delírio esquizofrénico em cerca de 50% dos casos. De facto, também nós apurámos, que, cerca de 58% dos delírios esquizofrénicos, partem realmente duma desorganização configuracional (*gestáltica*) assente numa desestruturação do campo vivencial. Os outros 42% dos delírios, não estão “*geneticamente*” relacionados com a desestruturação do campo vivencial, nem com a desorganização configuracional, sulcando então, para a sua explicitação, outros caminhos psicopatológicos.

Estes resultados permitem-nos sugerir que *em cerca de metade das esquizofrenias, o delírio estrutura-se a partir da decomposição configuracional, seguindo caminhos relacionados com a desorganização do campo vivencial. Na outra metade, o delírio assume-se de forma mais heterogénea, não unitária portanto, estruturando-se através de diversos meios não gestálticos.*

8.2.3 A personalidade pré-mórbida

Quando, num dos capítulos anteriores, apresentámos a grelha de recolha dos dados, discurremos a respeito das dificuldades de investigação, à cerca da questão da personalidade. Achámos que, apesar de tudo, a forma mais verosímil de estudar o perfil da personalidade, quase sempre em desmoronamento (na circunstância vertente, bem entendido), consistia em estudá-la *ao vivo*, passe a expressão, deslaçando as pontas ainda íntegras e passíveis de contacto minimamente frutuoso, fugindo da tendência especulativa habitual. Esta tendência consiste em preencher os espaços vazios ou inacessíveis da personalidade psicótica com o material que nós mesmos pensamos ser o adequado para completar as falhas com as quais esbarramos e que, ao fim e ao cabo, mais não é do que o nosso próprio material, projectado na personalidade do outro, embora ajustado à circunstância psicótica. Então para obviar tal possibilidade, assumimos sempre uma atitude fenomenológica

(tão rigorosa quanto possível) face aos nossos doentes e figuras significativas das suas vidas, designadamente familiares directos.

Eis a lista de personalidades que nós achámos ser a mais ajustada para este tipo de investigação e que resultou da combinação, como acima já referenciámos, das personalidades estudadas por Kurt Schneider e Ernest Kretschmer: Ciclotímica, depressiva, hipertímica, sensitiva, paranoide, obsessiva, carenciada de estima, esquizoide, psicasténica, distímica e insegura de mesmo. Depois de encontrarmos os argumentos mínimos que nos permitissem inferir uma tendência da personalidade pré-mórbida, isto é, um esboço, apenas um esboço, duma destas etiquetas, apúnhamos, sempre que possível, um distintivo Junguiano, no sentido da *introversão/extroversão* e no sentido da orientação tendencial face à vida (também Junguiana), orientação esta referente às características seguintes: sensorialidade, intuição, pensamento e afectividade.

Tendo então em conta as enormes dificuldades, não só conceptuais, mas também de aplicação prática dos diversos modelos de investigação em matéria de personalidade no mundo psicótico, não admira as reservas com que apresentamos os resultados. Porém, algumas ilações podem ser inferidas de forma categórica.

Assim, no grupo pseudo-neurótico ressaltou como muito frequente o estilo esquizomorfo da personalidade pré-mórbida. Cerca de 67,2% dos casos (82 doentes dos 122 que pertenciam a este grupo) distribuíam-se por personalidades esquizoides (o maior numero, 30% de todas) sensitivas e inseguras com forte tendência a projecções paranoides. Os homens e as mulheres equivaleram-se nas personalidades esquizoides (29 dos 40 homens e 31 das 42 mulheres apresentavam traços esquizoides). As personalidades sensitivas apareceram, no nosso estudo, mais frequentemente nas mulheres (3 das 42 mulheres contra 1 dos 40 homens), enquanto que as personalidades inseguras com projecções paranoides foram mais frequentes em homens (6 dos 40 homens contra 3 das 42 mulheres). A atitude introvertida, o carácter reservado e a postura tímida na convivência social, apareceram quase sempre associados e marcaram indelevelmente o estilo das personalidades que vieram a cair nesta forma de esquizofrenia (70 dos 82 doentes, distribuídos de maneira sensivelmente igual pelos dois sexos).

No grupo afectivo aparecem-nos, fundamentalmente, as chamadas personalidades afectivas (ciclotímicas, hipertímicas e depressivas) – 38 dos 50 doentes (76%); de realçar a elevada frequência em mulheres (20 das 29 mulheres contra 13 dos 21 homens). Mas não só as personalidades ditas afectivas encheram esta porta de entrada na esquizofrenia. Apareceram também personalidades com traços obsessivos (10% do total do grupo – homens e mulheres praticamente a par), distímicas (2% do total do grupo contemplando quase só os homens) e carenciadas de estima (4% do total do grupo – só mulheres). O perfil Junguiano foi difícil de definir neste grupo pois a introversão, a extroversão a intuição, a sensorialidade bem como os restantes elementos distribuíram-se de forma aleatória e não significativa. Em todo o caso encontramos um ligeiro aumento dos traços da introversão e da reserva no contacto social nas personalidades depressivas, particularmente em homens.

No grupo alucinatório-delirante, as personalidades paranoides apareceram em cerca de 36,8% do total da amostra para o grupo (14 dos 38 doentes – 7 homens e 7 mulheres). As personalidades também paranoides, mas com traços obsessivos, constituíram o grupo a seguir (10 dos 38 doentes, ou seja 26,3% atingindo exclusivamente o sexo feminino). Aparecem depois personalidades com traços mistos, distímicos e paranoides – 8 doentes (21%, todos homens) e igualmente mistos, inseguros de si mesmos e depressivos – 6 doentes (15,8% - todos homens).

Como em cima acentuámos, à medida que o estudo se foi desenvolvendo fomos colhendo elementos das personalidades dos familiares directos, por forma a hoje podermos formar uma impressão aproximada do tipo de personalidades em jogo na complexa problemática esquizofrénica. E uma coisa resulta de imediato evidente. É elevadíssimo o facto de acharmos, em pelo menos um elemento familiar próximo do doente, um ou dois traços distintivos da personalidade que, sem dúvida, não se podem desligar dos perfis das personalidades dos enfermos e até do desenho psicopatológico da doença. Assim, temperamentos esquizotímicos, encontrámo-los em muitos pais de indivíduos que entraram na esquizofrenia pela porta pseudo-neurótica. Também as personalidades afectivas, caracterizaram muitos dos progenitores de indivíduos que mais tarde adoeceram de esquizofrenia do grupo

afectivo. O mesmo em relação às personalidades paranoides e às personalidades neuróticas, designadamente obsessivas; encontrámos alguns destes tipos de personalidades nos familiares dos doentes, que, já na segunda metade da vida, entravam na esquizofrenia pela porta paranoide.

Os achados de doença mental (depressões, manias, obsessões, delírios) nas famílias dos esquizofrénicos da nossa amostra, constituíram dados inequívocos de transmissão hereditária que não deixam qualquer dúvida. Este facto, foi de tal modo frequente, especialmente nas formas pseudo-neurótica e afectiva, que diria, é sempre possível captar um traço director (que no excesso se torna mórbido) da personalidade, particularmente dos pais, que nos orienta (com as reservas necessárias) não só no diagnóstico, mas particularmente na compreensibilidade (Jaspers) do conteúdo delirante, quando este existe ou melhor, quando ele (o conteúdo) é explícito. Já Berze havia chamado a atenção para alguma excentricidade e uma certa incapacidade dos pais dos esquizofrénicos se aperceberem dos desvios do comportamento dos filhos, quando aos olhos dos outros tal se tornava evidente. Também nós encontrámos estes dados na nossa investigação, particularmente em relação à forma pseudo-neurótica. Em muitos casos, explicitados nas nossas histórias clínicas, o trema evoluiu durante meses sem que os pais se apercebessem, mesmo face à flagrantes alterações do comportamento (recordemos o caso Carlos).

Um dado que deixamos para investigação posterior, é o facto de que, quase todas as personalidades com tendência a fantasiar (uma forma de simbolizar que se pode tornar estranha), tinham um elemento vivencial comum no passado. Essas personalidades, que eventualmente podem adoecer, derivando para síndromes delirantes esquizofrénicos e não esquizofrénicos (achámos várias no nosso trabalho), quase sempre tiveram uma infância de todo isolada, fria, distante de tudo que compõe a fantasia infantil, sem o acesso natural ao sonho, saudavelmente promovido e alimentado pelos pais e pelos avós. Em todos os casos que estudámos nesta fatia do adoecer, os avós ou tinham morrido, ou estavam internados em lares ou simplesmente tinham ou tiveram uma relação distante e ausente com os netos (futuros doentes).

Por último, um fenómeno que captámos em toda a investigação, nas três formas de adoecer e que também se revelou muito frequente, foi o facto de, na pré-história da doença, por exemplo na infância e na adolescência, no meio dum comportamento perfeitamente normal, adequado em relação aos fins e às circunstâncias, aparecer, subitamente, um qualquer 'episódio comportamental estranho, mesmo bizarro, que rapidamente se desvanece sem deixar rasto, caindo evidentemente no esquecimento, pois o comportamento prossegue sem acidentes o seu curso normal. Tocámos já este assunto, que deveras nos chamou a atenção em muitos dos nossos casos, quando abordámos o tema "esquizopatia"; explicitámos então, uma proposta em relação à possibilidade da existência de uma espécie de esquizofrenia em potência no seio de algumas personalidades.

Parece-nos, pois, que num número significativo de esquizofrenias, a porta de entrada e o caminho seguido é função da personalidade pré-mórbida e esta é, por sua vez, função de circunstâncias várias, entre as quais destacamos entre outras, a hereditariedade e o meio ambiente, este com importância particular na formatação do carácter.

8.2.4 A evolução

O problema da evolução da esquizofrenia esteve sempre no cerne do próprio conceito da enfermidade. Por exemplo Kraepelin usou a evolução (o corte longitudinal da doença) como factor decisivo na definição da demência precoce.

Manfred Bleuler, estudando a forma como a esquizofrenia arranca e evolui na estrada temporal, encontrou sete modalidades ou perfis da enfermidade. Curiosamente os mesmos sete núcleos sindromáticos que Fonseca achou (neurastenia, anestesia afectiva, desconfiança, hebefrenia, início maníaco, início depressivo, início alucinatório-delirante), embora com propósitos distintos e que nós próprios confirmámos.

Nos casos clínicos que observámos, encontrámos, tal como os dois investigadores citados, formas de início agudo e insidioso; evoluções arrastadas, evoluções fásicas e evoluções episódicas ou curtas no tempo. Porém, não encontrámos formas de carácter fulminante e raramente detectámos formas

catatónicas. Também a pureza psicopatológica citada nos trabalhos de Conrad e Fonseca foi, em muitas ocasiões, para nós uma miragem, na medida em que os quadros apareciam como que mesclados com sintomatologia endógena e exógena misturada, esta última certamente fruto da acção dos modernos e potentes fármacos anti-psicóticos. De realçar ainda que muitos quadros cediam rapidamente à medicação, particularmente quando o início era súbito e florido no plano psicopatológico. Enfim, quer-nos parecer que os psicofármacos vieram, efectivamente, modificar radicalmente o panorama clínico da esquizofrenia.

Início insidioso e defeito ligeiro – 34 de 122 (27,9%)
H -20 (16,4%) M – 14 (11,5%)
Início insidioso e defeito grave – 60 de 122 (49,2%)
H – 31 (25,4%) M – 29 (23,8%)
Início agudo e defeito ligeiro – 10 de 122 (8,2%)
H – 4 (3,3%) M – 6 (4,9%)
Início agudo e defeito grave – 18 de 122 (14,7%)
H – 7 (5,7%) M – 11 (9%)

Tabela 10 - A evolução na forma de início Pseudo-Neurótica.

O início agudo produziu-se em cerca de 40% dos casos e contemplou quadros clínicos diversos (cf. Figura 47, pg.353).

Evolução fásica com remissão total –15 de 50 (16%)
H – 8 (16%) M - 10 (20%)
Evolução fásica prolongada – 13 de 50 (26%)
H – 7 (14%) M - 6 (12%)
Evolução esquizo-afectiva – 19 de 50 (38%)
H – 6 (12%) M – 13 (26%)

Tabela 11 - A evolução na forma de início afectivo.

No diagrama representado na Figura 25 (pg. 149), mostra-se o desenho dos diferentes perfis da doença cobrindo não só o seu início mas também a sua evolução

posterior em termos de possível defeito psicótico.

Analizados os quadros da evolução e o material clínico recolhido, conclui-se que grande parte das formas pseudo-neuróticas evoluem para formas de estado simples, hebefrénico e defectual.

Início súbito em 32 dos 38 doentes (84,2%)
Início insidioso em 6 doentes, 5 das quais mulheres

Tabela 12 - A forma de início na esquizofrenia alucinatório-delirante.

As formas afectivas, em cerca de 38% dos casos evoluem para formas esquizo-afectivas. Em 26% dos casos evoluem para um defeito ligeiro, mantendo contudo o perfil fásico. Em cerca de 30% dos casos a enfermidade caminha para a remissão total. Encontramos também algumas formas (poucas) nas quais o perfil clínico numas fases se enquadrava melhor no território psicopatológico esquizofrénico e noutras fases no território ciclotímico. Obviamente que estes casos foram excluídos do nosso estudo, só os referimos aqui por uma questão de curiosidade.

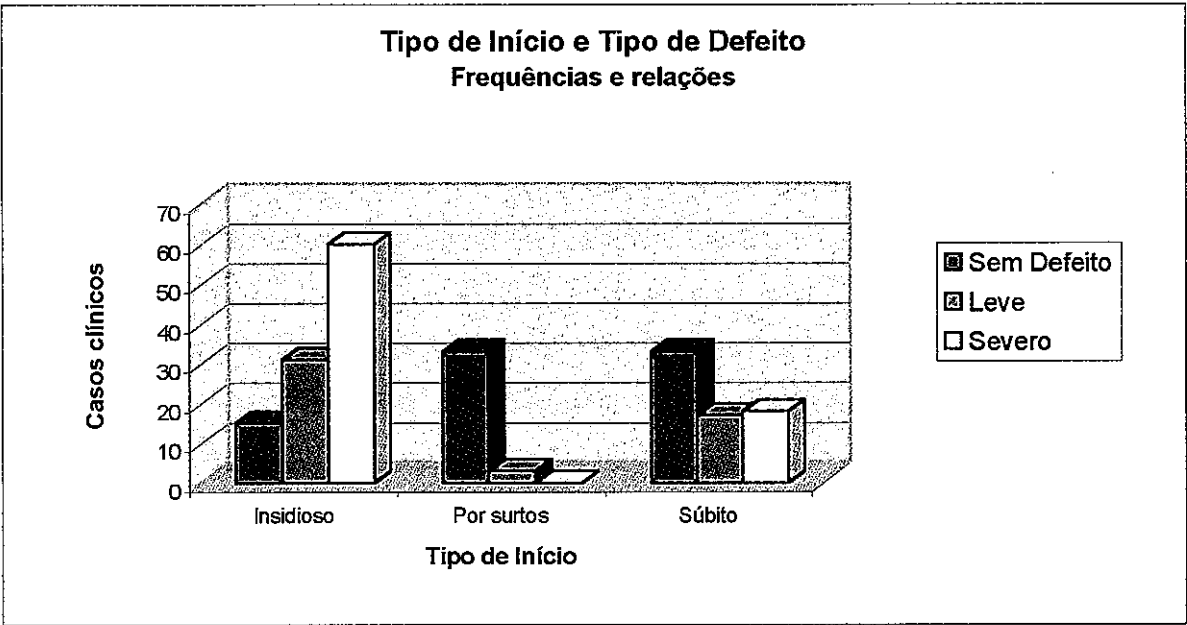


Figura 47 – Relação entre o tipo de início da psicose e o tipo de defeito.

As formas alucinatório-delirantes evoluíram para formas clínicas paranoides – 25 dos 38 doentes deste grupo (65,7%, correspondendo a 17 homens e 13

mulheres). 5 doentes evoluíram para formas catatônicas e 4 tiveram uma involução melancólica.

As Tabela 10, Tabela 11 e Tabela 12, mostram as diversas evoluções de acordo com as diferentes formas de esquizofrenia, numa base dinâmico-estrutural.

A Figura 47 mostra, de modo inequívoco, que as formas de início agudo e de início por surtos, apresentam melhor prognóstico.

Estes dados permitem-nos sugerir que *as formas de início agudo ou por surtos, têm, em regra, melhor prognóstico. Os psicofármacos têm alterado o perfil clínico das psicoses esquizofrénicas, não só na vertente psicopatológica e comportamental, mas, sobretudo, no prognóstico da doença. Quase metade dos casos evoluem ou para a cura ou para defeitos ligeiros.*

8.2.5 A procura dum “algo” especificamente esquizofrénico

Como tivemos oportunidade de demonstrar, em todas as histórias clínicas expostas nesta nosso trabalho, havia um elemento psicopatológico comum. Esse elemento comum era o delírio. Nuns casos, tratava-se de delírio primário (incompreensível) e noutros casos secundário (compreensível). Encontrámos vários delírios com um perfil fenomenológico muito parecido (particularmente no plano formal) em psicoses esquizofrénicas, psicoses orgânicas, psicoses epiléticas e psicoses tóxicas. Por vezes, a semelhança psicopatológica era tão acentuada, que só uma análise muito minuciosa da fenomenologia e do evoluir do quadro clínico orientavam o diagnóstico no plano etiopatogénico e até clínico. Aliás, delírios com um perfil esquizomorfo apareceram (em diversos dos nossos casos) e aparecem frequentemente também em perturbações metabólicas variadas e até em perturbações afectivas intensas, quer elas sejam da esfera depressiva, quer sejam da esfera expansiva. Em muitas destas circunstâncias clínicas, incluindo as perturbações tímicas (sejam depressões ou manias), existe, frequentemente, uma repercussão (de causa ou efeito) na vertente somática e, portanto, na actividade cerebral, o que nos permite antever uma interferência do somático nestas situações. Quer dizer, em todos os delírios esquizomorfos, sejam de raiz endo-constitucional,

sejam de raiz tímica, sejam de raiz orgânica, sintomática, tóxica ou epiléptica, existe quase sempre alteração funcional (patológica) do cérebro. A questão que se coloca é saber se a referida alteração é causa ou efeito do transtorno psicopatológico, ou então não causa nem efeito mas antes co-ocorrência (o que também pode acontecer). Em relação ao delírio na epilepsia, na toxicose, na perturbação orgânica ou sintomática, parece não existirem quaisquer dúvidas em relação à génese do delírio; o transtorno funcional do cérebro provoca o transtorno temático e formal do pensamento²⁷⁹. Já em relação aos delírios esquizomorfos que acompanham as perturbações afectivas e a esquizofrenia, o facto de nunca terem sido inequivocamente descobertas as noxas cerebrais que justifiquem o referido transtorno cerebral, ajudam a manter vivas as incertezas a respeito da intimidade das duas enfermidades endógenas²⁸⁰.

Outra ilação interessante foi a que colhemos em relação à sintomatologia negativa. Em quase todos os nossos doentes, nos quais a sintomatologia negativa estava presente, revelava-se praticamente ausente a sintomatologia produtiva. Isto significa que o aspecto emblemático da enfermidade esquizofrénica, a apofania, quase desapareceu. Em sua substituição, o que ressalta como distintivo à observação, é, de facto, uma brutal redução dos mecanismos relacionais, mesmo daqueles que configuram o encontro do sujeito consigo próprio. Dos 125 doentes que apresentaram sintomas negativos, só 27 explicitam pontualmente delírios primários e alucinações funcionais. Dos sintomas negativos, constatamos que os mais frequentes são exactamente aqueles que, aparentemente, mais perto estariam da ausência da energia vital para a sua explicitação, ou seja: o embotamento afectivo, a abulia, particularmente ao nível dos cuidados de higiene e ao nível do investimento no trabalho, a alogia, demonstrando o doente aumento por vezes acentuado do tempo de latência de resposta e a anedonia, designadamente: perda do interesse na diversão, perda de interesse no sexo, incapacidade para sentir intimidades, incapacidade para criar amigos. Dos 125 doentes com sintomas negativos 110 revelam um elevado grau de anedonia, pois preenchem na totalidade os quatro

²⁷⁹ Schneider, Kurt (1963): *Patopsicologia Clínica*, Op. cit., Pg. 117-129.

²⁸⁰ Ey, Henri (1969): *Tratado de Psiquiatria*, Op. cit., Pg. 73 e 74.

critérios acima referidos. Ora, parece-nos a nós, que, é exactamente este núcleo sintomatológico, ligado à anedonia, que mais energia exige para a sua completa neutralização. É também este o grupo no qual mais vivamente se repercute a quebra do “potencial energético” e, por consequência, mais intensa é a desagregação biopsíquica e mais “vazia” está a personalidade.

De realçar que dos 125 doentes com sintomas negativos, 98 sofrem de tabagismo severo. Usámos como critérios de graduação do tabagismo, não só o número brutal de maços de tabaco fumado por dia (sempre difícil de calcular nestes doentes), mas fundamentalmente os dois elementos semiológicos seguintes: perturbação acentuada da árvore respiratória (72 dos 125 doentes); alterações tróficas muito evidentes dos dedos indicador e médio da mão direita (95 dos 125 doentes). Curiosamente, em relação ao alcoolismo, passa-se qualquer coisa de diferente. Só 13 dos 32 doentes que observámos, nos quais se detectava a presença de patologia hepática e por vezes também gástrica secundária ao alcoolismo, apresentavam sintomas negativos (Figura 41, pg. 325).

Parece-nos a nós, que, semelhante aderência ao tabaco, se relaciona mais com a mobilização do doente por força do estímulo sensorial que o cigarro constitui do que com o efeito farmacocinético da nicotina. Não temos porém argumentos científicos que suportem categoricamente esta ilação. Encontrámos doentes que seguravam o cigarro a arder colado às unhas e à própria pele como que gozando, de forma surda, o estímulo que certamente do episódio irradiava. Por outro lado, chamou-nos a atenção a maneira de fumar. Em primeiro lugar, não encontrámos doentes que usassem cachimbos ou boquilhas. Em segundo lugar, os doentes defectuais (é fundamentalmente destes que estamos a falar), seguravam o cigarro longo tempo entalado nos lábios ou nos dentes (facto que também provocou inúmeras alterações tróficas da cavidade oral), mantendo-o sempre aceso até praticamente o fogo tocar os lábios. Entendemos, que tal acontece, porque o doente tem necessidade deste estímulo sensorial (táctil, olfactivo e visual, particularmente este último e que terá (?) que ver com a luz que se aviva quando puxa, ou com o fumo que se enrola à sua frente); apreciámos, em incontáveis ocasiões, como os doentes defectuais, sentados nos bancos do jardim do Hospital do Conde de

Ferreira, brincavam com os anéis de fumo que se desprendiam dos seus lábios e se entrelaçavam uns aos outros num elegante movimento ascensional até à volatilização total. Os olhos dos protagonistas do jogo do fumo, seguiam o movimento de ascensão colados às argolas espiraladas que, crescendo ao elevar-se, se desfaziam na cor (fluindo do cinza e do lilás até à transparência total) e na forma, desintegrando-se lá nas alturas. Será este um mecanismo do qual o doente se socorre para compensar a quebra do potencial energético? Lamentavelmente não associámos à nossa pesquisa o estudo do comportamento face ao café. Quando o fizemos, já a nossa investigação ia adiantada. Porém, ficámos com a convicção que também ao café o doente defectual está significativamente ligado. No Hospital do Conde de Ferreira conhecemos mais de uma dezena de doentes que tomam acima de 20 cafés por dia. A ser verdade a nossa suspeição, encontramos mais um argumento a favor da necessidade de estímulos sensoriais e centrais para compensar a tal quebra do potencial energético.

Outro dado interessante que recolhemos foi o facto dos doentes pararem praticamente de fumar quando tinham doenças infecciosas ou febris, durante as quais, alguns melhoravam da vertente psicopatológica. Este fenómeno avisa-nos que não será certamente a adição à nicotina, ou pelo menos não o será isoladamente, que promove o vício de forma tão maciça. Será certamente a associação da dependência nicotínica com o estímulo sensorial, ou melhor talvez, a necessidade dele, que alimenta a brutalidade da dependência.

Berze²⁸¹ em 1928 apresentou uma interessante teoria a respeito da patogenia da esquizofrenia. Chamou ao princípio que considerou fundamental “hipotonía da consciência” e a nós parece-nos, face ao que observámos, que tal princípio está muito de acordo com a quebra do potencial energético. Aliás, mais modernamente, autores como Blankenburg, sublinham, em relação às esquizofrenias “pauci – syntomatiques” (forma hebefrénica, simples e defectual), a importância da “perda do potencial”²⁸² como transtorno fundamental esquizofrénico.

Um dos elementos semiológicos mais comuns que registámos nos doentes

²⁸¹ Nágera, Vallego (1954): Op. cit., Pg.571.

²⁸² Blankenburg, Wolfgang (1971): La perte de l'évidence naturelle, Presses Universitaires de France, Pg. 28.

defectuais, para além da adição (suponho que principalmente sensorial) ao tabaco, foi o seu permanente estado de alheamento em relação praticamente a tudo. Daí a facilidade com que estes doentes urinam em qualquer sítio, ou cospem para o chão, ou bocejam, ou adormecem indiferentes por completo às regras sociais. Claro que o hospitalismo que geralmente envolve estes doentes também ajuda a explicar parte deste comportamento. Todavia, não chegará, certamente, para justificar cabalmente semelhante afastamento do mundo e das regras sociais. Muitos destes doentes sabem o que se deve e pode fazer e sabem aquilo que fica mal na convivência social. E têm, muitas vezes, íntegras as dimensões morais dos acontecimentos e até o pudor. Trata-se, de facto, dum desprendimento da realidade, tal qual o que acontece no sonho. Dado que o paciente delirante ou defectual age desta forma, não obstante estar em estado vígil de consciência, contrariamente ao que acontece no sonho, não nos repugna nada aceitar que se trata duma outra alteração da consciência, uma espécie de moleza, que facilita a dissolução de algumas ligações ideativas e a elevação, até ao cume da concentração, das chamadas *propriedades essenciais* dos fenómenos, com evidente repercussão ao nível da estruturação, não só das vivências, mas também do próprio campo vivencial. É nisto que se resume para nós a hipotonia da consciência; pensamos poder estar intimamente ligada à quebra do potencial energético. E é certamente nisto que reside a suspeitada por Conrad alteração funcional patológica do cérebro. Quanto ao desenho (anatômico ou fisiológico) dessa provável alteração (?) - *somatosís* - não o conhecemos de todo. Estará certamente sediada na zona limite onde o pensamento é formatado (endon)²⁸³, tanto mais que é a forma e não o conteúdo que mais perto está do transtorno primário, e, por consequência, mais perto está do bio-psíquico. Tal como se esquematiza na Figura 7 (pg. 122), na esquizofrenia é a forma que se altera primariamente por um erro "primário" da psique, contrariamente ao que acontece nas psicoses orgânicas ou tóxicas (com sintomatologia semelhante) nas quais o transtorno da forma se dá por um erro do soma.

²⁸³ Tellenbach, H. (1979): *La Melancolie*, Presses Universitaires de France, Paris.

Nota: Como que irradiando do "endon", verdadeira "interface" relacional da estrutura bio-psíquica com o cosmos, surge um outro conceito deste autor a que chamou "antropologia esférica" e que corresponde, no fundo, ao conceito de "atmosférico" elaborado por Barahona Fernandes. (Em Barahona F. Antropociências, Pg. 121).



Todo o material clínico recolhido e reflectido nesta primeira parte da alínea que estamos a tratar, nos sugere que existe, de facto, uma perda do potencial energético, afectando as várias vertentes psíquicas, especialmente a cognitiva, a afectiva e a conactiva. Contudo, para se poderem fazer inferências mais consistentes quanto a uma configuração da estrutura deste plano, pobre em sintomas (quadros clínicos quase sempre reduzidos a sintomatologia negativa), como fizemos em relação aos sintomas positivos, seria necessário estender a nossa investigação para domínios de avaliação psíquica abrangente, através de instrumentos adequados que avaliassem as competências cognitivas, afectivas, práxicas, etc.

Em termos psicopatológicos e fenomenológicos como se pode perspectivar a zona limite da qual se desprende o pensamento? Dito de outra maneira: como se configura a produção formal do pensamento? A nosso ver, só encarando pragmaticamente esta questão se poderá equacionar seriamente o problema do “algo” especificamente esquizofrénico.

Repetidamente temos referido que em todos os doentes recolhemos a *psicopatologia primária inicial* e a *fenomenologia topológica*. Já noutra ocasião anotámos que dividimos cada um destes dois blocos de sintomas em mais dois, de acordo com as características mais especificamente afectivas ou cognitivas dos respectivos grupos: ficámos assim com quatro blocos, cujo arranjo relacional está representado na Figura 48.

Em relação à psicopatologia primária, ressalta como o mais importante dos sintomas o humor delirante. De facto, numa leitura apenas quantitativa, o humor delirante aparece-nos, de forma inequívoca, em cerca de 96% dos casos. Ora, o humor delirante constitui, juntamente com a tensão/ansiedade, o grupo de sintomas de raiz afectiva de toda a psicopatologia primária. De alguma maneira o humor delirante acompanha todos os outros sintomas específicos dos vários tipos e formas de esquizofrenia. E acompanha com tal força, que, com ele, nenhum sintoma se destaca de maneira evidente.

Continuando a ler o sentido dos muitos arranjos sintomatológicos evidenciados pela análise de frequências e factorial, concluímos que os dados com valor estatisticamente significativo, no que respeita à relação entre dois sintomas e no que se refere aos sub-blocos da psicopatologia primária, nos é fornecida pela ligação do

sintoma tensão/ansiedade ao sintoma percepção delirante.

Em relação à fenomenologia topológica, se analisarmos a vertente afectiva do bloco, damos conta que nenhum sintoma se destaca em termos estritamente quantitativos de forma especial. Apesar de tudo, ainda é o sintoma disforia, aquele que assume maior expressão. Ora, é também o que mais próximo está, em termos de pureza fenomenológica, do humor delirante. Isto sugere que o humor delirante, sendo comum e estando correlacionado com a maior parte dos sintomas, constitui a matriz *fenomeno-estrutural* de todos os outros sintomas da vertente afectiva dos dois blocos semiológicos em análise. Por outro lado, só dois sintomas do sub-bloco a que chamámos *vertente cognitiva* se destacam: o autismo (80%) e a despersonalização (90%); e fazem-no de maneira absolutamente expressiva. Porém quer um sintoma, quer o outro, representam, de alguma forma, uma espécie de reacção da personalidade às circunstâncias psicopatológicas. Quer dizer, o primário aqui, não tem o sentido “genético” que tem por exemplo no caso do humor delirante.

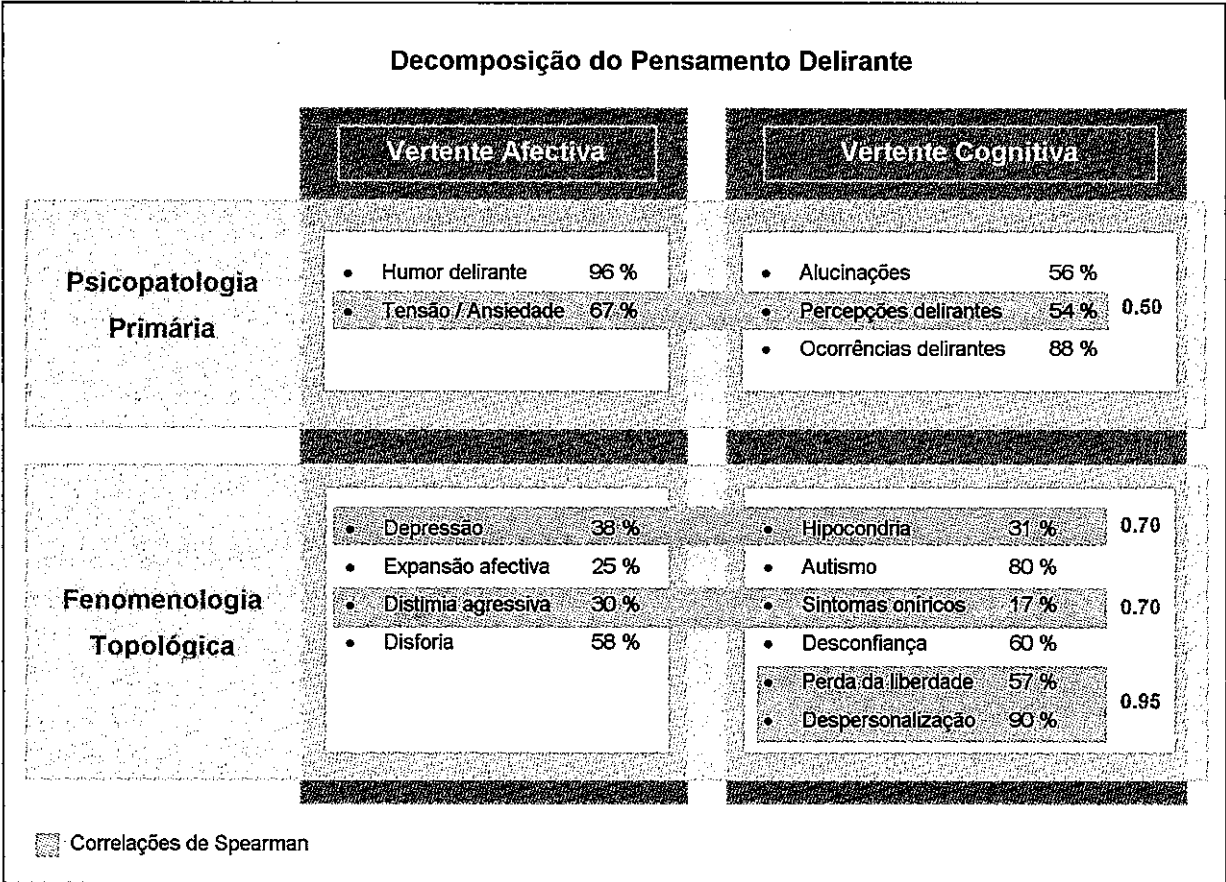


Figura 48 – A decomposição do pensamento delirante.

Continuando a estudar este bloco – *fenomenologia topológica* – verificamos, pela análise factorial, que o número de factores resultantes dessa análise é superior no bloco da *fenomenologia topológica* comparativamente com o bloco da psicopatologia primária.

Para além disso, e, agora através da análise de correlações, constatamos que, também em termos de associações correlacionadas entre aqueles factores, há uma maior concordância entre a *vertente afectiva* e a *vertente cognitiva*, no bloco - *fenomenologia topológica*²⁸⁴.

Para além destas correlações inter-vertentes da esfera psíquica, também verificamos uma forte correlação entre o grupo de sintomas Perda da Liberdade – Despersonalização ($r = 0.95$), dentro da vertente cognitiva.

Que significado pode ter esta associação de grupos sintomáticos? Parece-nos que o arranjo *fenomenológico* – *topológico* traduz uma configuração dos sintomas mais comum entre os doentes da amostra e também mais consistente (dados os altos valores de correlação entre os sintomas das vertentes em estudo), para além dum maior número de factores encontrados.

Daqui a nossa sugestão de que esta organização poderá constituir a forma mais primária de expressão da enfermidade, deixando transparecer uma hierarquia dentro do domínio do “primário”.

Ora, sendo o humor delirante o mais primário de todos os sintomas psicóticos, como decorre dos resultados apresentados, dado o humor (delirante ou não), emergir da estrutura vital - o sector psicológico da personalidade mais próximo da estrutura biológica – poderemos considerar que um dos pólos da *somatoses* se orientará, provavelmente, para as constelações neuro-bioquímicas mais intervenientes na produção e coloração do humor.

Daqui o podermos sugerir que *mesmo dentro do “primário” existe uma hierarquia de sintomas. Isto é, há sintomas primários mais “elementares” do que*

²⁸⁴ Nota: Bloco da *psicopatologia primária*: Tensão/Ansiedade – Percepção Delirante ($r = 0.50$). Bloco da *fenomenologia topológica*: Depressão – Hipocondria ($r = 0.70$) e Distímia Agressiva – Sintomas Oníricos ($r = 0.70$).

outros. Dentro desta hierarquia, os sintomas mais primários, são os que mais próximos estarão da matriz biológica e são de natureza afectiva, perturbando estruturalmente o humor, instância mediática na relação do homem com o mundo.

9 Os caminhos encontrados

Como amplamente ficou patente nas histórias de vida e nos estrato das histórias clínicas, alguns doentes apresentaram, antes do eclodir da enfermidade, sintomas que à distância se podem considerar estranhos, sobretudo tendo em devida conta a personalidade do indivíduo (quase sempre jovem) até então. Conrad também encontrou em grande numero dos seus pacientes (e, no caso, todos eles entraram na esquizofrenia pela porta do trema) comportamentos sem sentido, que mais tarde vieram a revelar-se como manifestações frustradas e pálidas da futura doença. Nós próprios achamos, e, disso demos conta no capítulo sobre aquilo a que chamámos esquizopatia, que existe uma espécie de doença em potência; não é um perfil de personalidade como acontece na esquizoidia, nem tão pouco um traço do temperamento esquizotímico, mas sim uma autêntica enfermidade surda, que só se ouve a espaços e de forma quase sempre esbatida; trata-se duma espécie de gaguejar silêncios enigmáticos nalguns casos por nós observados, ou dum simbolizar estranho noutras situações estudadas.

Todavia, em muitos casos, quando nada faria prever, uma autêntica catástrofe cai sobre a personalidade. Surge de forma súbita ou insidiosa, mas sempre, ou quase sempre, com um carácter estranho, enigmático e incompreensível no contexto da vida corrente. Nos sub-capítulos que se seguem vamos tratar dos diversos caminhos que a enfermidade palmilha antes da cura, do defeito ou do apocalipse final.

Abordaremos também algumas formas esquizofreniformes, com etiopatogenia bem conhecida e, portanto, compreensíveis e explicáveis no sentido de Jaspers. Num dos capítulo anteriores (histórias de vida e extractos de histórias clínicas), deixámos ficar exemplos paradigmáticos destas situações psicopatológicas, com o intuito de melhor definir o que se entende de facto por esquizofrenia. Numa palavra, excluir do grande grupo ou grupos da esquizofrenia aquilo que parece, mas que, de facto, não é.

9.1 Formas nucleares (gestálticas)

Estas formas alicerçam-se na desestruturação topológica do campo vivencial. Como se processa esta desarticulação estrutural? Segundo a psicologia da *forma* (ou da *gestalt*) a organização do campo vivencial resulta do encontro dinâmico do indivíduo com o meio envolvente (veiculado por potenciais energéticos) e assenta no conjunto significativo de relações entre os estímulos oriundos do ambiente que rodeia o sujeito e as suas respostas comportamentais. Esta noção de *forma* não se esgota no mundo perceptivo, evoluindo a pouco e pouco para todos os actos funcionais, sejam eles nascidos da inteligência, da afectividade, da vontade, da actividade motora ou do pensamento em geral.

As formas nucleares (gestálticas) correspondem àquilo a que Fonseca chamou as formas pseudo-neuróticas (por serem, muito no início, semelhantes a neuroses), designação esta que reputamos de extremamente feliz e que portanto também nós usamos.

Antes da deflagração do delírio propriamente dito, o paciente passa por uma fase prodrómica, caracterizada por grande tensão e exaltação da “afectividade corporal”²⁸⁵. Conrad chamou a esta fase *trema*²⁸⁶ (termo usado pelos actores antes de entrarem em cena, para espelharem o seu sentimento íntimo nos momentos que precedem a acção) e que corresponde a uma atitude interior de certa expectativa, montada sobre um fundo de tristeza, de alegria ou de angustia. Este período está muito bem caracterizado no caso Carlos das nossas histórias de vida. O *trema* é portanto caracterizado por uma expectativa ansiosa, expectativa essa que pode ser de triunfo, semelhante à experimentada por um maratonista que vai iniciar a sua prova, outras vezes desenvolve-se sobre um estado anímico de sofrimento afectivo carregado de sentimentos de menos valia, de culpa, de pessimismo e de tristeza. Seja qual seja o tom do humor neste primeiro período de doença, o paciente sente que o mundo à sua volta se aperta, roubando-lhe algum espaço de manobra, de que

²⁸⁵ Nota: Expressão frequentemente usada por Conrad

²⁸⁶ Nota: Segundo o “Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa” de António Geraldo da Cunha, a palavra *trema* deriva do grego *tréma* que significa buraco. Supomos que a expressão usada no teatro quer exprimir o estado de expectativa ansiosa do actor antes de entrar em cena e a atitude trémula do mesmo. O verbo latino *trémere*, significava, por extensão, este estado de certa agitação interior, originando, em português, um verbo com este significado exacto – estremecer (*es treme cer*).

resulta a diminuição da liberdade. Progressivamente, acentua-se uma espécie de espessamento dos muros ao redor da personalidade que lhe limitam o campo e estorvam a acção; introduzem-se entre o indivíduo e o meio novas barreiras que mais ainda lhe comprometem a liberdade. As forças tensionais que veiculam as relações do indivíduo com o meio, por acção do aperto constante do campo e do acantonamento do sujeito por detrás das barreiras que se vão intrometendo ao seu redor, aumentam brutalmente esmagando o eu do sujeito contra si próprio. Torna-se imperiosa a fuga, porém, a dinâmica topológica do campo, com potenciais brutais e crescentes dificultam essa fuga. O diálogo com o mundo dos outros torna-se impossível e o sujeito vê alargar-se até ao infinito a distância abissal que o separa do mundo dos outros. Tem de haver uma saída qualquer, ela estará por ventura iminente, e tudo se encaminha, dentro da densa nuvem de forças que pesa como chumbo sobre o sujeito, para a solução cada vez mais próxima. Em todo o caso, permanece ainda algum espaço de manobra para o paciente se movimentar dentro do campo, mas tudo isto se revela extraordinariamente trabalhoso e, a cada passo que o indivíduo dá, mais se lhe confirma o radical escoamento da liberdade. O paciente tem então a vivência de já não pertencer à comunidade dos demais, tem um mundo próprio, privado, mais do que privado privativo. Neste contexto, frequentemente, o paciente é autor de actos sem qualquer sentido, rotulados por nós, viventes e conviventes no mundo dos outros, incompreensíveis (Jaspers). O humor está, evidentemente, tingido, empapado, desde o início de toda esta transmutação relacional (talvez mesmo antes do início), com as cores pastosas da doença – humor delirante. Não é mais possível suportar o jogo de forças tensionais crescente; o iminente levanta-se, ali mesmo, à frente do sujeito; o algo que tem a chave de tudo aproxima-se e não resta mais nada ao paciente do que destapar a solução, que, finalmente, deixou de estar iminente para se assumir como verdade de tudo, “verdade das verdades” como alguém com muito propósito escreveu. Eis a *apofania*, termo também proposto por Conrad e que significa revelação. Surge então o delírio em toda a sua amplitude. As forças tensionais acumuladas ao longo do trema escoam-se, finalmente, para alívio do sujeito, que não aguentava mais a pressão crescente que se vivia no interior do campo. Os fenómenos “consciência de significação anormal” de Jaspers ou “estabelecimento de relações sem motivo” de

Grulhe, espalham-se por toda a parte. Enfim os fenómenos apofânticos impregnam, a partir desta altura, todo o espaço vivencial. Começam primeiro por tingir, com as suas tintas reveladoras, o espaço vivencial externo (embora num numero reduzido de casos não seja exactamente assim); isto é, impregnam o mundo perceptivo (vide história do caso Carlos), porém, mais tarde, os fenómenos apofânticos estendem-se a todo o espaço interior, ao pensamento, à vontade, à actividade motora, à iniciativa e até à vivência do próprio corpo. Tudo “está feito”, tudo “está preparado”, tudo está intencionalmente organizado para influenciar o sujeito, para o manipular de acordo com um plano previamente preparado por forças estranhas ao eu, qual marioneta jogada por mãos sinistras que o transformaram num ser sem liberdade, não só no corpo, mas principalmente na alma (alteração da actividade do eu) e, vergado aos seus “deles” (do ser ou seres estranhos ao eu) interesses inconfessados.

Na História do nosso doente Carlos damos conta dos requisitos que a vivência apofântica exterior deve ter até atingir o grau de percepção delirante. Recordemos um dos episódios que ilustra este dado psicopatológico:

No transporte para a consulta, o automóvel conduzido pelo irmão mais velho, teve de parar durante uns instantes num ponto da estrada que estava bloqueada (por trabalhos de reparação); os funcionários da obra, só deixavam passar alternadamente os carros numa só faixa de rodagem. A orientar esta tarefa estava um trabalhador que usava, para tal, um disco bicolor, vermelho numa face e verde na outra. Quando o homem voltou a cor verde para dar passagem ao automóvel que transportava o Carlos, este tapou bruscamente a cara com as mãos, balbuciando qualquer coisa que o pai entendeu fragmentadamente como isto: “acabou... agora... nada”. Mais tarde, na consulta, o paciente revelou-nos que tinha visto na face verde do disco que o trabalhador da estrada exibia, o sinal claro da vitória do maligno. Iria ser finalmente aniquilado – “*acabou* a minha luta; *agora* já *nada* posso fazer”. E continuou: “o episódio foi ensaiado daquela forma para que eu desse por ele”. O trabalhador, o disco verde e vermelho, a cor verde, tinha sido ali colocada para que ele a visse; tudo aquilo havia sido preparado para lhe chamar a atenção, era intencional.

Resumidamente diremos com Conrad que se distingue na vivência delirante exterior três graus: a) a consciência de significação vaga (os objectos percebidos têm sem dúvida a ver com o paciente, referem-se a ele, embora ainda não consiga precisar em que sentido isto acontece); b) a vivência do “posto” ou “preparado” (o paciente tem a consciência de que toda a percepção se refere de facto a ele e, mais, os objectos foram colocados ao seu redor para captar a sua atenção, isto é: a luz

daquele automóvel acendera-se aqui e não ali, agora e não à bocado, sem dúvida para que ele a visse); c) a percepção delirante (o objecto percebido significa algo completamente determinado; o paciente arranca do objecto percebido um significado específico, muito concreto e a ele referido; nos vários exemplos das nossas histórias clínicas explicamos como o paciente chega a estes significados através das “propriedades essenciais” que se destacam dos objectos).

Como acima referimos quase sempre, num primeiro tempo, a apofania cobre apenas o espaço exterior. Mas a tendência habitual é espalhar-se de seguida pelo espaço interno, inundando toda a vida vivencial do sujeito. Da forma como se processam estes fenómenos falaremos a seguir, citando o próprio Conrad: “os objectos do mundo encontram-se iluminados por uma especial valorização – desde o ponto de vista do sujeito – em consequência duma profunda mutação da estrutura, que já não permite uma troca do sistema de referência duma atitude ptolomeica para uma atitude coperniana”²⁸⁷. Isto é, acrescentamos nós, o sujeito já não tem possibilidades de se transladar para o mundo dos outros. Ele é o centro de tudo e tudo está “posto”, colocado, em função de si e a si referido. Entre os objectos que vão desfilando diante dos aparelhos sensoriais do sujeito, isto é, que vão sendo percebidos e as representações dos mesmos ou o pensamento global há, evidentemente, em condições psicológicas normais, uma barreira intransponível. Por outras palavras, entre o “encontrado” e o “actualizado” (Conrad) há uma fronteira natural, que, de alguma forma, é respeitada mesmo nas primeiras fases do processo patológico. Nalgumas das nossas histórias clínicas podemos observar como a apofania, muito particularmente no grupo pseudo-neurótico, inunda o espaço externo, o mundo perceptivo, mantendo intacto, por bastante tempo, o espaço interno, o mundo reflexivo. Porém, como largamente demonstrámos nos nossos exemplos, a partir de certa altura, a luz apofântica cai sobre as vivências internas,

²⁸⁷ Conrad, K. (1963): Op. cit., Pg. 106.

Nota: O sistema ptolomaico entendia a ordem do universo assente numa teoria que colocava a terra no centro do mundo, ao redor da qual tudo girava. Deve-se ao astrónomo grego Cláudio Ptolomeu (C.90 – C.168), autor da obra *Alma-Gesto*, que, durante 14 séculos, influenciou toda a ciência astronómica.

O sistema copernicano entende a ordem do universo assente na teoria heliocêntrica (os planetas, incluindo a terra, giram ao redor do sol). Deve-se ao astrónomo polaco Nicolau Copérnico (1473-1543) que, em 1543 (pouco antes de morrer), trouxe a público a teoria que elaborara anos antes, criando assim as bases da moderna astronomia.

aparecendo então todos aqueles sintomas de passividade que afectam o mundo interior, tais como influência do pensamento, vozes que dialogam entre si, sonorização e difusão do pensamento e outros sintomas que passamos a explorar: a) vivência de inspiração (o paciente tem a noção de que os seus pensamentos não são na realidade seus, mas sim são-lhe inspirados por outros, que lhos introduzem, no todo ou em parte, na sua mente); b) difusão do pensamento (o paciente sabe que os outros sabem o que ele está a pensar; muitas vezes, mesmo antes de ele conhecer o conteúdo do pensamento actual, já os outros o conhecem); c) sonorização do pensamento (está muito próxima da difusão do pensamento, pois a partir de certo grau de desestruturação da vida psíquica as funções psicológicas misturam-se - *contaminação*²⁸⁸ -, quer dizer a tal fronteira natural entre o "encontrado" e o "actualizado" é derrubada; o mundo de dentro fica voltado para fora, toda a gente o pode apreciar - difusão, sonorização, etc. - e o mundo de fora pode inundar o mundo interior); d) vivências de influência corporal (correntes eléctricas ou ondas electromagnéticas incidem sobre o doente, obrigando-o a experimentar sensações - sempre impostas por seres estranhos ao eu - de vária ordem, por exemplo sexuais ou vegetativas, frequentemente de tonalidade profundamente dolorosa, não só física como moralmente).

Dada a importância psicopatológica e fenomenológica de uma outra noção que Conrad nos deixou e que nós encontrámos frequentemente nas nossas histórias clínicas, reservámos um espaço próprio para dela nos ocuparmos agora. Referimo-nos à anástrofe. Na apofania o paciente está como que dominado pelo fluxo de coisas impostas que desfilam diante dos seus olhos e que o prendem e o fixam em si mesmo. Ele tem dificuldades, como acima referimos em se transladar para o mundo dos outros, numa palavra não convive. Está, portanto, incapaz de se transcender e participar das coisas que são comuns a todos. Tem o sentimento de que ele é o centro e de que tudo gira em torno dele (génese das ideias de auto-referência). Ora, a anástrofe é exactamente esta postura vivencial. Diz Alonso Fernandez que o enfermo, em circunstâncias auto-referenciais, experimenta uma espécie de

²⁸⁸ Nota: Contaminação da actividade psíquica – fenómeno desenvolvido por Lopez Ibor e já referido em capítulos anteriores.

“espasmo”²⁸⁹ reflexivo. O verbo português *reflectir* deriva do verbo latino *reflectere* que significa voltar-se sobre si mesmo, curvar-se e recurvar-se. Ora é exactamente o que o doente faz. Aprisionado no seu mundo, comprimido pelas forças crescentes do campo vivencial que o vão obrigando a acantonar-se num espaço vivencial cada vez mais exíguo, o paciente reduz-se à reflexão – ele está referenciado por tudo o mais. Também na vida psicológica normal acontece, que, quando o indivíduo se volta sobre si mesmo – reflectindo – o eu se transforma por algum tempo no centro do mundo. Porém, o sujeito normal tem sempre a possibilidade de trocar o sistema de referência e, de súbito, passa para o mundo dos outros, ou melhor para o mundo de todos, participando, recuando, partilhando, em suma convivendo. Ora é o que não acontece na apofania, pois o paciente não tem disponível esta capacidade de mudar de sistema de referência, ficando por consequência preso à reflexão, à auto-referência, à anástrofe. Em grego o termo anástrofe significa giro, volta; o paciente reflecte, isto é, volta-se sobre si mesmo e experimenta-se como sendo o centro do mundo, em relação ao qual tudo está referido, não tendo entretanto, contrariamente ao que acontece na vida psicológica normal, capacidade para mudar de atitude, quer dizer de sistema de referência. Enquanto que a apofania exterior corresponde a uma espécie de feixe luminoso que ilumina as coisas do lado de fora (percepções) compreendendo a alteração do mundo em relação ao sujeito, a anástrofe corresponde à maneira como o eu (no centro do mundo) se manifesta a si mesmo.

Ao longo da discussão das diversas histórias clínicas desenvolvemos a questão da continuidade de sentido. Dissemos que, não obstante a apofania *tocar* na continuidade de sentido, raramente provocava a sua ruptura. E, muito particularmente em relação ao conteúdo, isto é, ao tema, quase sempre é possível encontrar um nexo de compreensão (Jaspers), tendo em conta o estudo fenomenológico pormenorizado do acontecer psicótico, designadamente tendo em conta o estudo cuidadoso das chamadas “propriedades essenciais” dos objectos. Apesar de tudo, durante largos espaços do vivenciar apofântico, o mundo está mais ou menos ordenado. Já em relação à forma, a ruptura é quase sempre evidente. Nós

²⁸⁹ Fernandez, Alonso (1983): Tratado de Psiquiatria, Op. cit., Pg. 334.

compreendemos amplos trechos do conteúdo delirante de alguém enfermo, mas não compreendemos de todo que o indivíduo delire. Contudo, com a evolução do processo psicótico, o que resta da continuidade de sentido e de ordenação do mundo desmorona-se completamente, surgindo então o vazio, o caos, a mistura completa de vivências, a perda total de referências lógicas. Conrad chama a este período a fase apocalíptica. Na história clínica do nosso paciente Camilo estão exploradas fenomenologicamente as vivências apocalípticas e a marcha deste doente para a fase residual da sua psicose. O paciente experimenta, de facto, uma grande redução de impulsos e de estímulos interiores, uma enorme debilidade volitiva, uma quase total incapacidade para se concentrar, para tomar decisões e para ensaiar contactos. Conrad acha que tal acontece por quebra do potencial energético, admitindo que este transtorno tem um carácter orgânico (cerebral), muito próximo do que sucede, sobretudo nos estados residuais, com a perda de impulso produzida nas lesões frontais. Na secção “autópsia dos restos delirantes” abordaremos, embora por outra perspectiva, novamente, esta temática.

“O saber que se impõe, de modo imediato, acerca de significações”²⁹⁰, não é mais do que a “revelação”. E esta é, como repetidamente temos dito, a apofania, ou melhor, aquilo a que Conrad chamou apofania. E, por sua vez, esta encerra na sua essência aquilo que Jaspers definiu como “a consciência de significação anormal” e Grulhe “o estabelecimento de relações sem motivo”. Ora, o que encontrámos nós nos 210 doentes que seleccionámos com o diagnóstico de esquizofrenia? Em todos eles estava presente a vivência apofântica. Nuns casos a revelação expandia-se como um relâmpago, iluminando tudo à sua passagem, deixando o paciente de olhos esbugalhados de clarividência, de espírito perplexo perante a “verdade das verdades” que se levantava brutal à sua frente, tal qual o rugido medonho dum vulcão que, finalmente descomprime, cuspiendo pela boca a lava incandescente que tudo queima e tudo envolve no seu manto de desgraça. Mesmo nalguns quadros epilépticos e tóxicos (histórias clínicas do João e da Sara) cujos retalhos psiquiátricos deixámos ficar, com fins evidentemente didáctico - pedagógicos, a vivência apofântica estava presente. Porém, a génese e a estrutura do delírio é

²⁹⁰ Jaspers, Karl. (1959): *Psicopatologia Geral*, Volume I, Op. cit., Pg. 122.

completamente diversa nos vários caminhos apontados. Assim, nas formas pseudo-neuróticas, em todos os casos que estudámos (122), o delírio tem claramente uma estrutura gestáltica. Por força de graves tensões no campo vivencial, as figuras desestruturam-se, fundem-se, puxadas pelas suas “propriedades essenciais”, que, doravante, se transformam em figuras e destas, imanam novas “essências” que mais uma vez se assumem como figuras, amputadas embora, mas figuras, sempre “postas” num contexto apofântico, atraindo a atenção do doente, mero brinquedo nas mãos de forças terceiras (estranhas ao eu), que, passivo, com mais ou menos resistência, participa no jogo da vida para o qual foi singularmente seleccionado, isto é, participa daquela *única verdade*, privada embora, melhor, privativa, mas única.

Os outros dois caminhos que Fonseca apontou e que nós confirmámos, não têm a mesma raiz gestáltica, não partem de figuras que se desestruturam, nem de formas que se decompõem, nem de forças tensionais crescentes que acabam por fazer explodir o campo vivencial. Têm cursos e percursos distintos, patogenias diferentes e também evoluções, como atrás ficou bem patente, diversas.

9.2 Formas afectivas

Cerca de 50 doentes (23,8%) da nossa amostra seguiu um percurso psicopatológico de raiz afectiva. Do grupo fazem parte 29 mulheres e 21 homens.

Foi difícil, nalguns casos, desenhar a estrutura apofântica do delírio, na medida em que muitas destas situações psicopatológicas estavam muito perto de desenvolvimentos anormais de personalidades, que já carregavam certos traços afectivos, que, quando caricaturados por factores por exemplo ambientais ou outros, nos punham alguns problemas de diagnóstico diferencial. Só um estudo fenomenológico cartesiano (utilizando a linguagem psicopatológica schneideriana) nos poderia fornecer as ferramentas distintivas certas. Portanto, todos os casos foram, pelo menos, crivados desta forma.

A apofania iniciou-se, quase sempre, com sintomatologia da esfera afectiva. Particularmente em mulheres (dois terços) o delírio iniciou-se depois dum período, que, em certos casos, até foi relativamente longo, de depressão. No terço restante,

cerca de metade, entrou no território apofântico depois dum período de expansão maniforme (nem sempre alegre) e a outra metade do terço (5 mulheres) tiveram um período distímico (irritabilidade, impaciência, agressividade), antes de entrarem propriamente na apofania.

Kurt Schneider chamou a atenção para um facto que reputamos da maior importância, que muitas vezes se relaciona com a porta de entrada afectiva e que convém ter presente na feitura do diagnóstico: sempre que num quadro clínico delirante, com evidente perfil esquizofreniforme, apareçam sintomas somáticos (neurológicos ou serológicos), estes deverão ter, em qualquer caso, a primazia no diagnóstico. Pela mesma razão, sempre que num quadro de perturbação afectiva, apareçam sintomas da série esquizofrénica, estes deverão ter a primazia no diagnóstico.

Apurámos nas histórias clínicas das esquizofrenias iniciais de tipo afectivo que a estrutura delirante não tinha, contrariamente ao que acontecia no tipo pseudo-neurótico, uma raiz *gestáltica*. O delírio arrancava, no plano estrutural, do transfundo afectivo perturbado. Mas perturbado duma certa forma, não apenas no sentido do abatimento ou expansão dos sentimentos vitais ou anímicos, como acontece nas perturbações afectivas clássicas (depressões ou manias), mas sim atingindo a própria estrutura (qualitativa, permita-se-nos o termo) da vida afectiva e de todo o acontecer psíquico, inevitavelmente a ela (vida afectiva) inerente.

Não é, portanto, o campo vivencial que se desestrutura primariamente, não são as *propriedades essenciais* dos objectos que comandam a perturbação do pensamento, numa palavra, o delírio não tem uma raiz *gestáltica*. Merece a pena, a este respeito, recordar a análise fenomenológica e topológica que fizemos ao delírio esquizofrénico no caso Teresa.

... A questão que se coloca é de saber se o acontecer delirante tem uma raiz "*gestáltica*" ou não. E, se não tem, qual é o percurso fenomenológico que nos conduz então ao delírio?

Começando pelos fenómenos apofânticos, é indiscutível que a partir de certo momento a paciente começou a "estabelecer relações sem motivo" (Grulhe), ou a experimentar sentimentos simbólicos no sentido de Jaspers, "consciência de significação anormal". O monograma com a letra M que a paciente relaciona com a sua morte iminente é disso exemplo. Sem dúvida que este elemento

se destaca no contexto do campo vivencial e assume, de repente, uma força que, por momentos, reduz as forças do campo a este fenómeno sinistro. Este elemento do campo atrai portanto a atenção da doente e fá-lo por forma a impor-se, isto é, a não passar despercebido. Assim, por este caminho o fenómeno perceptivo – coloca-se em relação com o sujeito da vivência, ou seja com a doente; neste instante põe-se, de facto em movimento, a “consciência de significação anormal”, isto é a *apofania*. Porém, fica absolutamente intacta a legalidade do campo, quer dizer não há desestruturação quer do campo no plano formal (tudo se mantém no seu lugar e os estímulos continuam a captar a atenção da paciente de acordo com a sua força no momento), quer no plano do tema que se mantém absolutamente coerente com o humor da paciente. A letra M significa a morte, como aliás tudo que envolve a doente no campo perceptivo externo e também no espaço interior. O que na realidade se passa é que, com o abatimento dos sentimentos vitais, o fundo anímico mergulha no líquido pastoso da melancolia ou eleva-se no volátil fluido da exaltação. Todas as vivências, sejam elas oriundas das percepções ou representações que compõem o campo fenoménico, sejam elas arrancadas do mundo afectivo, cognitivo ou volitivo estão marcadas com a pesada tinta da perturbação afectiva ou, em certos casos, com o orvalho da exaltação (mania).

Até aqui nada nos diz que se trata dum delírio esquizofrénico. Vivências apofânticas podem ocorrer noutras circunstâncias como já observámos várias vezes no decorrer deste trabalho. Podemos efectivamente estar diante dos muitos delírios melancólicos, frequentes em depressões endógenas, sobretudo quando montados em personalidades de colorido obsessivo e que se aproximam da idade involutiva, como é o caso presente.

9.3 Formas alucinatório-delirantes

Cerca de 18,1% (38 dos 210 doentes) entraram na esquizofrenia pela porta alucinatório-delirante. Contrariamente ao que aconteceu no grupo afectivo a maior parte destes doentes são do sexo masculino (21 homens e 17 mulheres).

Também nestes quadros clínicos, à semelhança do que aconteceu com o grupo afectivo, o delírio não partiu de alicerces *gestálticos*. O delírio e as alucinações explodiram simplesmente, indiferentes ao campo vivencial, frequentemente mesmo afastadas de tudo que compunha o campo vivencial do sujeito como aconteceu com alguns casos de delírios místicos, deixando a personalidade de todo intacta nos outros aspectos relacionais.

A *apofania* processou-se quase sempre de forma aguda, sem sintomatologia prévia, às vezes mesmo sem traços da personalidade que fizessem prever qualquer surto psicótico, em idades relativamente tardias (frequentemente depois dos 50

anos).

As vivências de carácter apofântico estão muito presentes nestas histórias, sob a forma de alucinações e delírios multiformes, tendo como curiosidade fenomenológica o facto do seu aparecimento ter sido muito brusco e tardio (o doente do nosso caso paradigmático tem 47 anos). Merece a pena recordarmos o que escrevemos a propósito da história do Luís:

...Mergulhado num campo vivencial com razoável integridade topológica, carregado de delírios e de alucinações que, de repente, encham a sua vida relacional, o nosso paciente encontra-se subitamente diante do espelho da revelação. Trata-se duma forma de apofania que não se serviu da desorganização "*gestáltica*" para a sua manifestação, mas sim, por ventura, de qualquer *morbus* abrigado no telhado constitucional (do tipo do que descrevemos ao abordar a questão da esquizopatia) e que encontrou as condições biológicas, psicológicas e situativas indispensáveis para se revelar.

De facto, não encontramos alterações do tipo configuracional, nem encontramos a degeneralização dos objectos em *propriedades essenciais*, numa palavra, o delírio não tem uma raiz *gestáltica*.

9.4 Formas reactivas (reacções e desenvolvimentos)

Reacções deliroides secundárias a situações de pânico agudo, delírios primitivos de referência (reacções primitivas de Kretschmer), reacções e desenvolvimentos no sentido de Jaspers, delírios sensitivos de referência, são outras tantas formas de pensamento anómalo; porém, não se trata nestas situações psicopatológicas, de verdadeiro delírio, pelo menos no sentido esquizofrénico. Não há ruptura da continuidade de sentido nem há tão pouco qualquer alteração estrutural no sentido apofântico. Sempre encontramos um nexo de compreensibilidade no acontecer psicopatológico nestas situações clínicas. Vale a pena recordar a este respeito alguns aspectos da história do caso Alfredo para ilustrarmos o que estamos a dizer:

... O paciente sentia que o censuravam nas suas costas. Sentia-se apontado, notado. Tinha a impressão que os colegas trocavam sorrisos que, sem dúvida, tinham a ver com ele. Ouvia piadas e vagas alusões à sua incapacidade sexual. Os sorrisos, bem como o pigarro (que calculava intencional), constituíam os sinais que os colegas utilizavam para continuar a trocar dele, sem serem

admoestados pelos responsáveis hierárquicos. O desconforto aumentava e o ambiente começou a ser intolerável para o enfermo. As senhoras que procuravam qualquer informação eram naturalmente atendidas por um funcionário. Várias vezes Alfredo “leu”, no eventual sorriso de cortesia que ambos trocavam (funcionário e senhora), um sinal que comentava (de forma jocosa) a sua incapacidade sexual.

... Dissecando os sintomas de maior expressão psicopatológica, esbarramos com aquilo que parece corresponder a uma percepção delirante: os sorrisos, já analisados no plano da fenomenologia descritiva. Tais sorrisos parecem cumprir os três graus da percepção delirante no sentido apofântico. Em primeiro lugar os sorrisos captados pelo paciente sugerem-lhe que se relacionavam com ele. Em segundo lugar o Alfredo entende-os como algo que foi produzido de propósito para ele os captar. Em terceiro lugar os sorrisos significam uma alusão à sua inferioridade genital; é um sinal que revela, no exterior, a sua incapacidade sexual. Porém, o desenho fenomenológico da percepção delirante é ilusório, porquanto o tema é invariável e quando se altera encerra sempre o mesmo motivo. Ora, habitualmente, na esquizofrenia o tema não só varia espontaneamente, como ainda flui de forma incompreensível tendo em conta o contexto da situação. Por outro lado, o tema integra-se com coerência nas preocupações fundamentais do paciente, o que, de certa forma, mais do que invulgar, é praticamente incompatível com a esquizofrenia. Por último, todo o acontecer psicopatológico se insere no tipo de personalidade “sensitiva” do paciente e não em contraposição com ela como acontece quase sempre nas vivências de carácter apofântico.

Não se captam, portanto, sinais de profundas mutações vivenciais na história deste paciente. O que acontece é que, no contexto da personalidade “sensitiva”, e, fruto de acentuadas dificuldades relacionais, exacerbadas por experiências sexuais frustrantes, pondo em movimento as chamadas “vivências chave” de Kurt Schneider, o paciente fica como que perdido num mar de forças tensionais exacerbadas, com especial relevância ao nível do “encontro” com os outros. Daí a actividade deliroide e não verdadeiramente delirante.

9.5 Formas tóxicas, sintomáticas, epiléticas e orgânicas

Tivemos oportunidade, na secção destinada às histórias clínicas, de ilustrar alguns delírios esquizofreniformes de raiz tóxica, epilética e orgânica, com casos reais da nossa experiência clínica.

Em todos estes casos, o delírio fluía por um curso passível de ser observado e analisado (desmontado), quer nas suas margens quer na própria nascente. Por outras palavras, o delírio era passível de ser compreendido e até explicado.

Frequentemente se observam vivências apofânticas neste tipo de

enfermidades. O caso Sara e o caso João são bem o exemplo disto. Porém, na raiz da morbilidade encontramos um processo somático indiscutível. Nos exemplos referidos está descrita a fenomenologia que nos conduz ao tal processo somático e que, portanto, nos permite retirar estes delírios esquizofreniformes da esfera esquizofrénica.

10 Conclusões

Quando iniciámos o nosso trabalho partimos com o propósito de esclarecer quatro questões que nos pareciam fundamentais para o entendimento do adoecer esquizofrénico. Eis as questões:

1 – Qual o peso da heterogeneidade do material clínico na data de início (idade do doente) da esquizofrenia? Qual a idade média dos doentes aquando do aparecimento dos primeiros sintomas?

2 – Quais as características clínicas dos sintomas numa perspectiva fenomenológica e estrutural?

3 – Que personalidades pré-mórbidas estão implicadas no processo psicótico e qual a possível interferência na forma e no conteúdo delirante?

4 – Qual ou quais as trajectórias evolutivas ao fim de seis meses?

Já no decorrer da investigação e, estimulado por certas observações psicológicas que ia-mos captando e alguns sinais clínicos (neurológicos e somáticos) que ia-mos recolhendo, resolvemos acrescentar um quinto ponto:

5 – O que existe de “especificamente” esquizofrénico?

De forma pragmática e sem mais explicações, apresentamos as conclusões da nossa investigação:

1ª. Perante amostras representativas da enfermidade esquizofrénica, sejam quais forem as suas características clínicas e sociais, estas não influenciam de modo seguro e evidente, a data de início da generalidade das esquizofrenias. A idade média de início encontrada para a forma pseudo-neurótica foi de – 22,9 anos; para a forma afectiva foi de 29,9 anos; para a forma alucinatório-delirante foi de 42,5 anos.

2ª. Cerca de 58% dos delírios esquizofrénicos têm raiz gestáltica e organizam-se a partir de profundas alterações na estrutura e na dinâmica do campo vivencial. Os restantes delírios seguem outros caminhos psicopatológicos.

3ª. Num número significativo de esquizofrenias, a porta de entrada e o caminho seguido é função da personalidade pré-mórbida e esta é, por sua vez, função de circunstâncias várias, entre as quais destacamos entre outras, a hereditariedade e o meio ambiente; este com importância particular na formatação do carácter.

4ª. As formas de início agudo ou por surtos, têm, em regra, melhor prognóstico. Os psicofármacos têm alterado o perfil clínico das psicoses esquizofrénicas, não só na vertente psicopatológica e comportamental, mas, sobretudo, no prognóstico da doença. Quase metade dos casos evoluem ou para a cura ou para defeitos ligeiros.

5ª. Mesmo dentro do "primário" existe uma hierarquia de sintomas. Isto é, há sintomas primários mais "elementares" do que outros.

Dentro desta hierarquia, os sintomas mais primários, são os que mais próximos estarão da matriz biológica e são de natureza afectiva, perturbando estruturalmente o humor, instância mediática na relação do homem com o mundo.

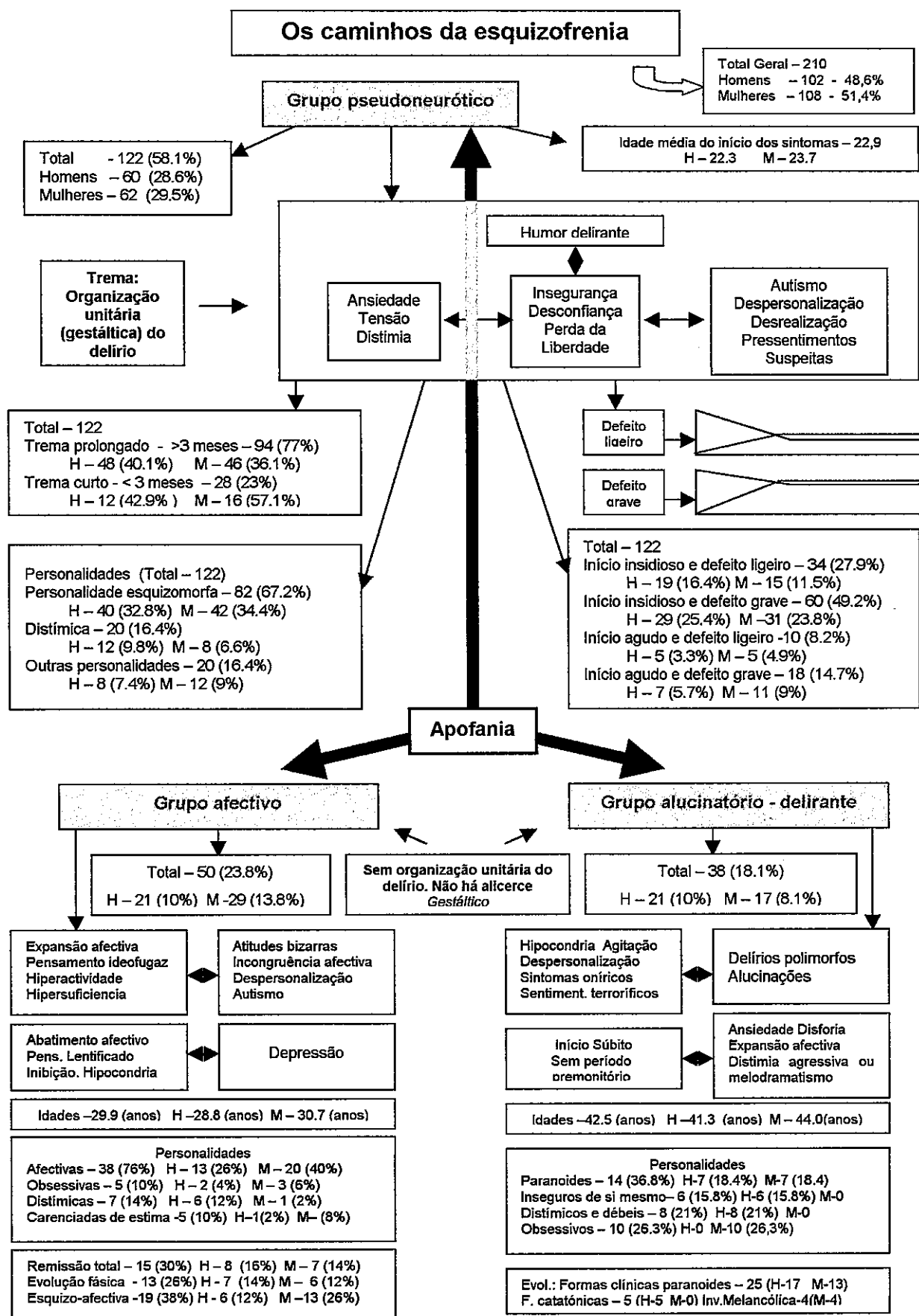


Figura 49 - Os caminhos da esquizofrenia.

No quadro representado na Figura 49, resumem-se, em esquema, os três caminhos que conduzem aos três tipos de esquizofrenia, contemplados numa perspectiva dinâmico-estrutural.

Das conclusões clínicas melhor do que as palavras fala-nos o diagrama representado na página anterior.

A apofania é o ponto de partida de três caminhos que seguem percursos distintos para chegar a horizontes diferentes dentro do mesmo território. Os três caminhos são íngremes, tortuosos e ásperos. A viagem é desgastante. Porém, os três não são iguais.

Um deles serpenteia desfiladeiros perigosos, ladeia precipícios, cruza gargantas sufocantes, perfura florestas densíssimas, atravessa cachoeiras e cataratas. Quando o viajante chega ao fim o que lhe resta? Frequentemente nada ou muito pouco!

Outro caminho tem um traçado normal, porém suporta mal as intempéries, fica frequentemente empapado e pesado, tornando penosa a marcha, por vezes até ao ponto da desistência. Quando o viajante chega ao fim o que lhe resta? Frequentemente tudo ou quase tudo. Baila-lhe todavia no espírito a dor do pesadelo vivido!

O terceiro caminho é perfumado com o aroma da ilusão. Parece frondoso e seguro, porém está minado de armadilhas. Frequentemente o viajante chega ileso ao fim. Contudo, por vezes tropeça e fica ferido. Quando isto acontece, tem de suportar pela vida inteira, a cicatriz dum aleijão!

Bibliografia

11 Referências bibliográficas

- Agra, C. (1986): *Science, Maladie Mentale et Dispositifs de L'Enfance – Du paradigme biologique au paradigme systemique* (1ª edição). Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Arieti, S. (1965): *Interpretación de la Esquizofrenia* (trad. de Elena R. Valdivielso). Madrid: Editorial Labor, S.A.
- Binswanger, L (1961): *Psiquiatria existencial*. Santiago do Chile Ed. Universitária.
- Blanché, Robert. A *Epistemologia* (2ª edição) – (trad. de Natália Couto), Lisboa: Editorial Presença, Lda.
- Blankenburg, Wolfgang (1971): *La perte de l'évidence naturelle*, Paris: Presses Universitaires de France,
- Canguilhem, G. (1978): *O Normal e o Patológico* (trad. de Maria Thereza C. Barrocas). Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Carvalho, A. C. Pereira (1919): *A Demência Precoce*. Porto: Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Porto.
- CH. Scharfetter (1977): *Introduccion a la Psicopatologia General*, Madrid: Ediciones Morata, S.A.
- Coelho, Bernardo, T. (1983): Sobre a Culpabilidade (Pg.5). Separata de "O Médico" Nº1664, Vol 106, ano 34.
- Colett, A. (1971): *Introdução à Psicologia Dinâmica* (trad. de Lólio Lourenço de Oliveira e J. B. Damasco Penna). São Paulo: Companhia Editorial Nacional.
- Conrad, K. (1963): *La Esquizofrenia Incipiente* (trad. de J. Morales Belda), México: Editorial Alhambra.
- Crowe, R. (1994): *Molecular Genetic Research in Schizophrenia*. Andreasen, N. (Ed), *Schizophrenia From Mind To Molecule* (5ª edição), Washington, DC: American Psychopathological Association Series, American Psychiatric Press, Inc.
- Cunha, Antônio, G. (1997): *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa* (9ª edição), Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, S. A.
- Del Pino, Carlos Castilla (1977): *La Incomunicacion* (8ª edição). Barcelona: Edicions 62 S.A.
- DSM IV (1996): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – American Psychiatric Association* (Fourth Edition), Lisboa: Climepsi Editores.
- Erasmus (Roterão) (1993): *Elogio da Loucura* (10ª edição) – (trad. de Álvaro Ribeiro), Lisboa: Guimarães Editores.
- Ey, Henri., Bernard, P., Brisset, Ch. (1969): *Tratado de Psiquiatria* (1ª edição), Barcelona: Editora Toray-Masson, S.A.
- Fernandes, Azevedo. (1990): Temáticas e técnicas da existência na perspectiva de Hans Thomae para motivar a comunicação com os pacientes de esquizofrenia e seus familiares. Separata do "Jornal do Médico", CXXVIII (2356), 515-525, Porto.
- Fernandes, Barahona (1998): *Antropociências da Psiquiatria e da Saúde Mental. O homem Perturbado*, Lisboa: Edição da Fundação Caloust Gulbenkian.
- Fernandez, Alonso (1979); *Fundamentos de la Psiquiatria Actual*, Madrid: Editorial Paz Montalvo.
- Fonseca, A. Fernandes (1965): *Herança da Personalidade*, Porto: Ed. da Faculdade de Medicina do Porto.
- Fonseca, A. Fernandes. (1985): *Psiquiatria e Psicopatologia – Volume I*, Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian,

- Fonseca, A. Fernandes. (1987): *Psiquiatria e Psicopatologia* – Volume II, Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian,
- Foucault, Michel. (1993): *História da Loucura* (3ª edição) – (trad. de José Coelho Netto), São Paulo: Editora Perspectiva.
- Freud, Sigmund.(1987): *Obras Psicológicas Completas* (2ª edição) – (trad. de José Meurer e Vera Ribeiro), Rio de Janeiro: Imago Editora Lda.
- Glatzel, J. (1985): *Psicopatologia e Sociologia*. Em Lopes, G. (Ed.), *Curso de Psicopatologia*. Porto: Ed. HCF.
- Gomes de Araújo, H. (1971): Anotações à fenomenologia do delírio. Separata do *Jornal do Médico*, LXXIV (1457): 199-203.
- Gomes de Araújo, H. (1977): *Perspectivas Fenomenológicas na Análise da Existência*. Porto: Edição da Livraria Lello e Irmão.
- Gomes de Araújo, H. (1980): A Esquizofrenia como Existência Dupla, Separata do *Jornal do Médico*, CIII (1892): 627-632.
- Gonçalves, P. (1986): *Psicoterapias Familiares*. Em J. Dias Cordeiro (Ed.), *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gur, R. Saykin, A. e Gur, R. (1994): *Brain Function in Schizophrenia*. Em: Andreasen, N. (Ed), *Schizophrenia From Mind To Molecule* (5ª edição), Washington, DC: American Psychopathological Association Series, American Psychiatric Press, Inc.
- Hall, C., Lindzey, G. e Campbell, J. (2000): *Teorias da Personalidade* (4ª edição) - (trad. de Maria Adriana V. Veronese). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ibor, Lopez. (1950): *La Angustia Vital* (1ª edição), Madrid: Editorial Paz Montalvo.
- Ibor, Lopez. (1966): *Las Neuroses como Enfermedades del Ánimo*, Madrid: Editorial Gredos, S.A.
- Jaspers, Karl (1959): *Psicopatologia Geral* (2ª edição) – (trad. de Samuel P. Reis), S. Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Editora Atheneu.
- Jaspers, Karl (1985): *Iniciação Filosófica* (7ª edição) – (trad. de Manuela P. Santos), Lisboa: Guimarães Editores Lda.
- Jung, Carl (1958): *Les Types psychologiques*, Genebra: Librairie de L'Université.
- Jung, Carl (1982): *Obras completas, Vol. IX/2 – AION, Estudos sobre o simbolismo do si-mesmo*, Petrópolis: Editora Vozes Petrópolis.
- Laplantine, François.(1978): *Etnopsiquiatria* (trad. de Mª de Lurdes Boavida), Lisboa: Editorial Vega Universidade.
- Marías, Julián (1956): *Introducción a la Filosofía* (4ª edição), Madrid: Edição de Manuales de la Revista de Occidente, S.A.
- Marx, Melvin e Hillix, William (1993): *Sistemas e Teorias em Psicologia* (9ª edição) – (trad. de Álvaro Cabral), São Paulo: Editora Cultrix Lda.
- Mayer-Gross, Slater e Roth (1972): *Psiquiatria Clínica* (1ª edição) – (trad. de Clóvis M. Filho e Hilda Rosa), São Paulo: Editôra Mestre Jou,
- McAdams (1988): *Psychobiography and Life Narratives*, London: Duke University Press.
- Merleau-Ponty, Maurice (1957): *Fenomenología de la Percepción* (1ª edição), México – Buenos Aires: Edição do Fundo de Cultura Económica.
- Morus, Tomás (1992): *A Utopia* (8ª edição) – (trad. do original latino de 1516 de José Marinho), Lisboa: Guimarães Editores.
- Nágera, Vallego (1954): *Tratado de Psiquiatria* (3ª edição), Barcelona: Salvat Editores, S. A.,

- Ortega y Gasset (1914). Em: Marías, Julián, *Introducción a la Filosofía* (4ª edição), (1956): Madrid: Edición de Manuales de la Revista de Occidente, S.A.
- Pichot, Pierre et Delay, Jean. (1969): *Manual de Psicología* (2ª edição), Barcelona: Toray Masson, S.A.
- Platão (1975): *A República* – Livro LX, Lisboa: Publicações Europa América.
- Queirós, Cristina (1997): *Emoções e comportamento desviante*, Porto: Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Scharfetter, Ch. (1997): *Introducción a la Psicopatología General* (1ª edição), Madrid: Ediciones Morata, S.A.
- Schneider, Kurt (1951): Interpretación especulativa de la psicosis, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, Vol X. (Trd. De Lopez Ibor).
- Schneider, Kurt (1963): *Patopsicología Clínica*, (2ª edição), Madrid: Editorial Paz Montalvo.
- Tellenbach, H. (1979): *La Melancolie*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Unamuno, Miguel de (1912): *Do Sentimento Trágico da Vida* (trd. De Cruz Malpique), Lisboa: Editores Relógio d'Água.
- Wahl, Jean (1962): *As Filosofias da Existência* (trad. de Lobato Torres), Lisboa: Publicações Europa-América.
- Weischedel, Wilhelm (1999): *A Escada dos Fundos da Filosofia* (1ª edição) - (trad. de Edson D. Gil), São Paulo: Edição do Instituto Brasileiro de Filosofia e Ciência.
- Weitbrecht, H.(1968): *Errores del diagnóstico psiquiátrico en la práctica médica* (1ª edição), Barcelona: Ediciones Toray, S.A.

Apêndice

12 Apêndice

12.1 Elementos Estatísticos

Códigos utilizados:

	Personalidades
1	Carenciada de estima
2	Depressiva
3	Distímica
4	Esquizóide
5	Hipertímica
6	Insegura de si mesma
7	Paranoide
8	Psicastónica
10	Sensitiva

	Biótipos
1	Atlético
2	Displático
3	Leptosomático
4	Pícnico

	Tipo de início
1	Insídioso
2	Por surtos
3	Súbito

	Tipo de defeito
1	Leve
2	Sem defeito
3	Severo

	Classificação Dinâmico-Estrutural
1	Afectiva
2	Alucinatório-Delirante
3	Pseudoneurótica

	Classificação Clássica
1	Catatónica
2	Hebefrénica
3	Paranóide
4	Simplex

Relação entre o tipo de início e o tipo de defeito:

	Leve	Sem Defeito	Severo
Insídioso	31	15	60
Por surtos	3	33	0
Súbito	17	33	18
Total	51	81	78

Correlações entre personalidades e biótipos:

	Atlético	Displático	Leptosomático	Pícnico
Carenciada de estima	1	3	0	0
Depressiva	0	1	0	44
Distímica	11	5	3	1

Esquizóide	7	6	50	0
Hipertímica	4	2	0	8
Insegura de si mesma	2	3	3	1
Paranoide	23	3	0	24
Psicasténica	1	0	0	0
Sensitiva	3	0	0	1
Total	52	23	56	79

Matriz de componentes relativos à Fenomenologia Topológica:

Fenomenologia Topológica	1	2	3
Desconfiança	-0.254	0.893	-0.177
Perda da liberdade	-0.302	0.911	-0.124
Autismo	-0.660	0.192	0.415
Despersonalização	-0.299	0.376	0.419
Expansão afectiva	-0.614	0.116	-0.584
Depressão	-0.739	-0.518	-0.148
Hipocondria	-0.490	-0.712	0
Disforia	-0.627	0.417	0.399
Distímia agressiva	0.846	-0.101	0
Sintomas oníricos	0.734	-0.327	0.365

Cluster inicial relativo à Fenomenologia Topológica:

Fenomenologia Topológica	1	2	3
Desconfiança	0	1	0
Perda da liberdade	0	1	0
Autismo	1	0	0
Despersonalização	1	1	0
Expansão afectiva	0	1	1
Depressão	1	0	0
Hipocondria	1	0	1
Disforia	0	0	1
Distímia agressiva	0	1	1
Sintomas oníricos	0	0	1

Cluster final relativo à Fenomenologia Topológica:

Fenomenologia Topológica	1	2	3
Desconfiança	0	1	0
Perda da liberdade	0	1	0
Autismo	1	1	0
Despersonalização	1	1	1

Expansão afectiva	0	0	1
Depressão	1	0	0
Hipocondria	1	0	0
Disforia	0	1	1
Distímia agressiva	0	0	1
Sintomas oníricos	0	0	1

Matriz de componentes relativos à Psicopatologia Primária:

Psicopatologia Primária	1	2
Humor delirante	0	0.727
Alucinações	-0.297	0.646
Percepções delirantes	0.792	0.303
Ocorrências delirantes	-0.524	0.622
Tensão / ansiedade	0.776	0.323

Cluster inicial relativo à Psicopatologia Primária:

Psicopatologia Primária	1	2
Humor delirante	0	1
Alucinações	0	1
Percepções delirantes	0	1
Ocorrências delirantes	1	0
Tensão / ansiedade	0	1

Cluster final relativo à Psicopatologia Primária:

Psicopatologia Primária	1	2
Humor delirante	1	1
Alucinações	0	1
Percepções delirantes	0	1
Ocorrências delirantes	1	1
Tensão / ansiedade	0	1

Correlações entre a personalidade e o biótipo:

Correlations

			COD_PERS	COD_BIO
Spearman's rho	COD_PERS	Correlation Coefficient	1.000	-.293**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	210	210
	COD_BIO	Correlation Coefficient	-.293**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	210	210

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

Correlações entre a personalidade e o esquizofrenia inicial numa base dinâmico-estrutural:

Correlations			COD_PERS	Esq_I_D_E
Spearman's rho	COD_PERS	Correlation Coefficient	1.000	.293**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	210	210
	Esq_I_D_E	Correlation Coefficient	.293**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	210	210

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

Correlações entre a esquizofrenia inicial numa base dinâmico-estrutural e tipos de início:

Correlations			Esq_I_D_E	T_de_Inic
Spearman's rho	Esq_I_D_E	Correlation Coefficient	1.000	-.346**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	210	210
	T_de_Inic	Correlation Coefficient	-.346**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	210	210

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

Correlações entre a esquizofrenia inicial e actual numa base dinâmico-estrutural:

Correlations			Esq_I_D_E	Esq_ACT_D_E
Spearman's rho	Esq_I_D_E	Correlation Coefficient	1.000	.745**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	210	209
	Esq_ACT_D_E	Correlation Coefficient	.745**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	209	209

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

Correlações entre a esquizofrenia inicial e actual numa base clássica:

Correlations			Esq_I_Cla	Esq_ACT_CLASS
Spearman's rho	Esq_I_Cla	Correlation Coefficient	1.000	-.157*
		Sig. (2-tailed)	.	.023
		N	210	209
	Esq_ACT_CLASS	Correlation Coefficient	-.157*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.023	.
		N	209	209

*. Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

Correlações entre os diversos sintomas que caracterizam o bloco psicopatologia primária inicial:

Correlations			Psi_Pri_Inicio_Humor Delirante	Psi_Pri_Inicio_Alucinações	Psi_Pri_Inicio_Percepções Delíra	Psi_Pri_Inicio_Ocorrências Delir	Psi_Pri_Inicio_Tensão Ansiedade
Spearman's rho	Psi_Pri_Inicio_Humor Delirante	Correlation Coefficient	1.000	.190**	.134	.277**	.152*
		Sig. (2-tailed)	.	.006	.052	.000	.027
		N	210	210	210	210	210
	Psi_Pri_Inicio_Alucinações	Correlation Coefficient	.190**	1.000	.020	.334**	-.032
		Sig. (2-tailed)	.006	.	.773	.000	.647
		N	210	210	210	210	210
	Psi_Pri_Inicio_Percepções Delíra	Correlation Coefficient	.134	.020	1.000	-.174*	.491**
		Sig. (2-tailed)	.052	.773	.	.011	.000
		N	210	210	210	210	210
	Psi_Pri_Inicio_Ocorrências Delir	Correlation Coefficient	.277**	.334**	-.174*	1.000	-.109
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.011	.	.115
		N	210	210	210	210	210
	Psi_Pri_Inicio_Tensão Ansiedade	Correlation Coefficient	.152*	-.032	.491**	-.109	1.000
		Sig. (2-tailed)	.027	.647	.000	.115	.
		N	210	210	210	210	210

** Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

Correlações entre os diversos sintomas que caracterizam o bloco “fenomenologia topológica”:

			Correlations									
			F_A_Desconfiança	F_A_Perda Liberdade	F_A_Autismo	F_A_Despersonalizacao	F_A_Expansao Afectiva	F_A_Depressao	F_A_Hipocondria	F_A_Distorcia	F_A_Distimia Agressiva	F_A_Sintomas Oniricos
Spearman's rho	F_A_Desconfiança	Correlation Coefficient	1.000	.952	.255	.288	.024	-.201	-.445	.145	-.276	-.449
		Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.734	.003	.000	.036	.000	.000
		N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
	F_A_Perda Liberdade	Correlation Coefficient	.952	1.000	.324	.364	-.016	-.201	-.450	.123	-.305	-.500
		Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.819	.003	.000	.076	.000	.000
		N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
	F_A_Autismo	Correlation Coefficient	.255	.324	1.000	.289	-.474	.297	.191	-.216	-.459	-.364
		Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000	.005	.002	.000	.000
		N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
	F_A_Despersonalizacao	Correlation Coefficient	.288	.364	.289	1.000	-.164	.041	-.070	-.038	-.145	-.174
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.017	.555	.314	.580	.036	.011
		N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
	F_A_Expansao Afectiva	Correlation Coefficient	.024	-.016	-.474	-.164	1.000	-.400	-.317	.152	.531	.237
		Sig. (2-tailed)	.734	.819	.000	.017		.000	.000	.028	.000	.001
		N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
	F_A_Depressao	Correlation Coefficient	-.201	-.201	.297	.041	-.400	1.000	.702	-.735	-.514	-.353
		Sig. (2-tailed)	.003	.003	.000	.555	.000		.000	.000	.000	.000
		N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
	F_A_Hipocondria	Correlation Coefficient	-.445	-.450	.191	-.070	-.317	.702	1.000	-.506	-.292	-.117
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.005	.314	.000	.000		.000	.000	.090
		N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
	F_A_Distorcia	Correlation Coefficient	.145	.123	-.216	-.038	.152	-.735	-.506	1.000	.395	.361
		Sig. (2-tailed)	.036	.076	.002	.580	.028	.000	.000		.000	.000
		N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
	F_A_Distimia Agressiva	Correlation Coefficient	-.276	-.305	-.459	-.145	.531	-.514	-.292	.395	1.000	.687
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.036	.000	.000	.000	.000		.000
		N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
	F_A_Sintomas Oniricos	Correlation Coefficient	-.449	-.500	-.364	-.174	.237	-.353	-.117	.361	.687	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.011	.001	.000	.090	.000	.000	
		N	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210

**. Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1.595	31.890	31.890	1.595	31.890	31.890
2	1.530	30.592	62.483	1.530	30.592	62.483
3	.786	15.712	78.194			
4	.605	12.098	90.292			
5	.485	9.708	100.000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix^a

	Component	
	1	2
Psi_Pri_Inicio_Humor Delirante	3.783E-02	.727
Psi_Pri_Inicio_Alucinações	-.297	.646
Psi_Pri_Inicio_Percepções Delira	.792	.303
Psi_Pri_Inicio_Ocorrências Delir	-.524	.622
Psi_Pri_Inicio_Tensao_Ansiedade	.776	.323

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 2 components extracted.

Initial Cluster Centers

	Cluster	
	1	2
Psi_Pri_Inicio_Humor Delirante	0	1
Psi_Pri_Inicio_Alucinações	0	1
Psi_Pri_Inicio_Percepções Delira	0	1
Psi_Pri_Inicio_Ocorrências Delir	1	0
Psi_Pri_Inicio_Tensao_Ansiedade	0	1

Final Cluster Centers

	Cluster	
	1	2
Psi_Pri_Inicio_Humor Delirante	1	1
Psi_Pri_Inicio_Alucinações	0	1
Psi_Pri_Inicio_Percepções Delira	0	1
Psi_Pri_Inicio_Ocorrências Delir	1	1
Psi_Pri_Inicio_Tensao_Ansiedade	0	1

Iteration History^a

Iteration	Change in Cluster Centers	
	1	2
1	1.006	.927
2	3.878E-02	2.028E-02
3	.000	.000

a. Convergence achieved due to no or small distance change. The maximum distance by which any center has changed is .000. The current iteration is 3. The minimum distance between initial centers is 2.236.

Communalities

	Initial	Extraction
Psi_Pri_Inicio_Humor Delirante	1.000	.530
Psi_Pri_Inicio_Alucinações	1.000	.506
Psi_Pri_Inicio_Percepções Delira	1.000	.720
Psi_Pri_Inicio_Ocorrências Delir	1.000	.662
Psi_Pri_Inicio_Tensao_Ansiedade	1.000	.706

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Number of Cases in each Cluster

Cluster	1	78.000
	2	132.000
Valid		210.000
Missing		.000

Initial Cluster Centers

	Cluster	
	1	2
Psi_Pri_Inicio_Humor Delirante	0	1
Psi_Pri_Inicio_Alucinações	0	1
Psi_Pri_Inicio_Percepções Delira	0	1
Psi_Pri_Inicio_Ocorrências Delir	1	0
Psi_Pri_Inicio_Tensao_Ansiedade	0	1

Iteration History^a

Iteration	Change in Cluster Centers	
	1	2
1	1.006	.927
2	3.878E-02	2.028E-02
3	.000	.000

a. Convergence achieved due to no or small distance change. The maximum distance by which any center has changed is .000. The current iteration is 3. The minimum distance between initial centers is 2.236.

Final Cluster Centers

	Cluster	
	1	2
Psi_Pri_Inicio_Humor Delirante	1	1
Psi_Pri_Inicio_Alucinações	0	1
Psi_Pri_Inicio_Percepções Delira	0	1
Psi_Pri_Inicio_Ocorrências Delir	1	1
Psi_Pri_Inicio_Tensao_Ansiedade	0	1

Number of Cases in each Cluster

Cluster	1	78.000
	2	132.000
Valid		210.000
Missing		.000

Communalities

	Initial	Extraction
Psi_Pri_Inicio_Humor Delirante	1.000	.530
Psi_Pri_Inicio_Alucinações	1.000	.506
Psi_Pri_Inicio_Percepções Delira	1.000	.720
Psi_Pri_Inicio_Ocorrências Delir	1.000	.662
Psi_Pri_Inicio_Tensao_Ansiedade	1.000	.706

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Correlation Matrix

	Psi_Pri_Inicio_Humor Delirante	Psi_Pri_Inicio_Alucinações	Psi_Pri_Inicio_Percepções Delíra	Psi_Pri_Inicio_Ocorrências Delir	Psi_Pri_Inicio_Tensao_Ansiedade
Correlation	1.000	.190	.134	.277	.152
Psi_Pri_Inicio_Humor Delirante		1.000	.020	.334	-.032
Psi_Pri_Inicio_Alucinações			1.000	-.174	.491
Psi_Pri_Inicio_Percepções Delíra				1.000	-.109
Psi_Pri_Inicio_Ocorrências Delir					1.000
Psi_Pri_Inicio_Tensao_Ansiedade					

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1.595	31.890	31.890	1.595	31.890	31.890
2	1.530	30.592	62.483	1.530	30.592	62.483
3	.786	15.712	78.194			
4	.605	12.098	90.292			
5	.485	9.708	100.000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Initial Cluster Centers

	Cluster		
	1	2	3
F_A_Desconfianca	0	1	0
F_A_Perda_Liberdade	0	1	0
F_A_Autismo	1	0	0
F_A_Despersonalizacao	1	1	0
F_A_Expansao_Afectiva	0	1	1
F_A_Depressao	1	0	0
F_A_Hipocondria	1	0	1
F_A_Disforia	0	0	1
F_A_Distimia_Agressiva	0	1	1
F_A_Sintomas_Oniricos	0	0	1

Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
F_A_Desconfianca	-.254	.893	-.177
F_A_Perda_Liberdade	-.302	.911	-.124
F_A_Autismo	-.660	.192	.415
F_A_Despersonalizacao	-.299	.376	.419
F_A_Expansao_Afectiva	.614	.116	-.584
F_A_Depressao	-.739	-.518	-.148
F_A_Hipocondria	-.490	-.712	2.089E-02
F_A_Disforia	.627	.417	.399
F_A_Distimia_Agressiva	.846	-.101	6.832E-02
F_A_Sintomas_Oniricos	.734	-.327	.365

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 3 components extracted.

Component Matrix^a

	Component	
	1	2
Psi_Pri_Inicio_Humor Delirante	3.783E-02	.727
Psi_Pri_Inicio_Alucinações	-.297	.646
Psi_Pri_Inicio_Percepções Delira	.792	.303
Psi_Pri_Inicio_Ocorrências Delir	-.524	.622
Psi_Pri_Inicio_Tensao_Ansiedade	.776	.323

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a. 2 components extracted.

Communalities

	Initial	Extraction
F_A_Desconfianca	1.000	.893
F_A_Perda_Liberdade	1.000	.936
F_A_Autismo	1.000	.644
F_A_Despersonalizacao	1.000	.407
F_A_Expansao_Afectiva	1.000	.732
F_A_Depressao	1.000	.837
F_A_Hipocondria	1.000	.747
F_A_Disforia	1.000	.727
F_A_Distimia_Agressiva	1.000	.731
F_A_Sintomas_Oniricos	1.000	.778

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.492	34.917	34.917	3.492	34.917	34.917
2	2.885	28.847	63.764	2.885	28.847	63.764
3	1.055	10.546	74.310	1.055	10.546	74.310
4	.847	8.470	82.780			
5	.539	5.387	88.167			
6	.381	3.809	91.976			
7	.358	3.580	95.556			
8	.231	2.305	97.862			
9	.175	1.751	99.613			
10	3.874E-02	.387	100.000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Iteration History^a

Iteration	Change in Cluster Centers		
	1	2	3
1	.700	1.488	1.299
2	6.710E-02	.156	.171
3	.000	.000	.000

a. Convergence achieved due to no or small distance change. The maximum distance by which any center has changed is .000. The current iteration is 3. The minimum distance between initial centers is 2.449.

Correlation Matrix

	F_A_Desconfianca	F_A_Perdiz_Liberdade	F_A_Autismo	F_A_Despersonalizacao	F_A_Espanto_Medico	F_A_Dressao	F_A_Hipocondria	F_A_Distora	F_A_Distonia_Agressiva	F_A_Sintomas_Oriticos
Correlation	1.000	.852	.255	.288	.024	-.201	-.445	.145	-.278	-.449
F_A_Perdiz_Liberdade	.852	1.000	.324	.264	-.018	-.201	-.450	.123	-.305	-.500
F_A_Autismo	.255	.324	1.000	.288	-.474	.257	.191	-.216	-.459	-.364
F_A_Despersonalizacao	.288	.264	.288	1.000	-.164	.041	-.070	-.028	-.145	-.174
F_A_Espanto_Medico	.024	-.018	-.474	-.164	1.000	-.400	-.317	.152	.531	.227
F_A_Dressao	-.201	-.201	.257	.041	-.400	1.000	.702	-.735	-.514	-.353
F_A_Hipocondria	-.445	-.450	.191	-.070	-.317	.702	1.000	-.508	-.282	-.117
F_A_Distora	.145	.123	-.216	-.028	.152	-.735	-.508	1.000	.385	.261
F_A_Distonia_Agressiva	-.278	-.305	-.459	-.145	.531	-.514	-.282	.385	1.000	.887
F_A_Sintomas_Oriticos	-.449	-.500	-.364	-.174	.227	-.353	-.117	.261	.887	1.000

12.2 Formulário da Base de Dados

Novo	Gravar	Eliminar	Primeiro	Último	Sumário	Anterior	Sair
-------------	---------------	-----------------	-----------------	---------------	----------------	-----------------	-------------

Nome: Almeida, Maria Sexo: Feminino Estado Civil: Casado Profissão: Doméstica Nível Social: C - Artes e ofícios, Funcionários de nível baixo Hereditariedade: Nenhuma	Data de Nascimento: 1939 Idade: 61 Residência: Porto Naturalidade: Porto Ano de Alteração do Estado Civil: 1950 Diagnóstico Evolutivo:
--	---

Início da Doença: Ano: 1969 Idade: 30 Diagnóstico: Esquizofrenia Início: Classificação Clássica: Paranóide Clas. Dinâmica-Estrutural: Afectiva	Actual: Classificação Clássica: Defectual Leve Clas. Dinâmica-Estrutural: Afectiva
---	---

Fim da Doença: ☐ Curado	Ano:	Duração da Doença:	Fenomenologia Topológica:
---	------	--------------------	---------------------------

Sintomas Positivos:	Ano: ☐ Inserção do Pensamento ☐ Transmissão do Pensamento ☐ Eco do Pensamento ☐ Roubo do Pensamento ☐ Alucinações - 3ª Pessoa ☐ Alucinações - 2ª Pessoa ☒ Delírios de Controlo ☒ Delírios de Referência ☐ Delírios Paranoide	☐ Desconfiança ☐ Perda da Liberdade ☒ Autismo ☒ Despersonalização ☐ Expansão Afectiva ☒ Depressão ☒ Hipocondria ☐ Disforia ☐ Distímia Agressiva ☐ Sintomas Oníricos
---------------------	--	--

Sintomas Negativos:	Ano: ☐ Embotamento Afectivo ☐ Expressão Facial Invariável ☐ Diminuição dos Movimentos Espontâneos ☐ Ausência de Gestos Expressivos ☐ Ausência de Inflexões Vocais ☐ Alogia ☐ Pobreza da Faia ☐ Aumento da Latência de Resposta ☐ Abulia ☐ Pouco Cuidado Pessoal e Higiene ☐ Falta de Persistência no Trabalho ☐ Falta de Energia ☐ Anedonia ☐ Perda de Interesse na Diversão ☐ Perda de Interesse no Sexo ☐ Incapacidade para Sentir Intimidades ☐ Incapacidade para Criar Amigos
---------------------	---

Psicop. Primária: Início	☐ Nenhuma ☐ Humor Delirante ☐ Alucinações ☐ Percepções Delirantes ☒ Ocorrências Delirantes ☐ Tensão/Ansiedade
Psicop. Primária: Actual	☐ Nenhuma ☐ Humor Delirante ☐ Alucinações ☐ Percepções Delirantes ☐ Ocorrências Delirantes
Psic. Secundária:	☐ Nenhuma ☐ Delírios Secundários ☐ Perturbações Sensoriais

Evol. Semiológica:	Formas	Ano	Duração	Tipo de Início:	Por Surtos
	Iniciais:	0	0	Tipo de Defeito:	Sem Defeito
	De Estado:	0	0		
	Residuais:	0	2000		
Adição a Drogas:	Nenhuma	Álcool	Anfetaminas	Heroína	Medicamentos
	Canabícos	Coca	Ecstasy	✓ Tabaco	
Personalidade:	Depressiva				
Biótipo:	Pícnico				
Co Morbilidade:	✓ Doenças Psiquiátricas				
	Psicopatia	✓ Neurose	Alcoolismo		
	Demência	✓ Perturbação Afectiva	Toxicodependência		
	Oligofrenia	Psicoses Delirantes	Tabagismo		
	Epilepsia	Outras Psicoses	Doenças Psicossomáticas		
	✓ Doenças Somáticas				
	Diabetes	Tuberculose Pulmonar			
	Doenças da Tiróide	Outras Infecções Crónicas			
	Doenças do Ovário	Sida			
	Outras Doenças Endócrinas e Metabólicas	Hepatites Viricas			
	Doenças Hepáticas	Doenças Ósseas			
	✓ Úlceras Pépticas	Neoplasias			
	✓ Outras Doenças do Aparelho Digestivo	Doenças dos Órgãos dos Sentidos			
	Doenças Cerebrovasculares	Visão			
	Doenças Cardio-Vasculares	Ouvindo			
	Doenças Pulmonares Crónicas	Tacto			
	Anemias	Gosto			
	Inflamatórias Sistémicas	Cheiro			
	Asma	Malformações			
	Doenças de Pele	Doenças Traumáticas			
Tratamento:	Decanoatos	EC	Insulina		
	✓ Neurolépticos	✓ Psicoterapia	✓ Tranquilizantes		
Observações:					

Resumo dos critérios constantes no DSM IV para o diagnóstico de esquizofrenia²⁹¹.

«A. Sintomas característicos: dois (ou mais) dos seguintes cada um presente por uma porção significativa de tempo durante o período de um mês (ou menos se tratado com êxito):

- (1) ideias delirantes
- (2) alucinações
- (3) discurso desorganizado (por exemplo, descarrilamento ou incoerência frequente)
- (4) Comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico
- (5) Sintomas negativos, isto é, embotamento afectivo, alogia ou avolição

Nota. Só é necessário um sintoma do Critério A caso as ideias delirantes possuam um carácter bizarro ou as alucinações consistam numa voz comentando o comportamento ou pensamento da pessoa ou duas ou mais vozes conversando entre elas.

B. Disfunção social / Ocupacional: desde o início da perturbação por um período significativo de tempo uma ou mais áreas major de funcionamento tal como o trabalho, relacionamento interpessoal, ou cuidado com o próprio, estejam marcadamente abaixo do nível atingido antes do início (ou quando se inicia na infância ou na adolescência incapacidade para atingir o nível interpessoal, académico ou ocupacional esperado).

C. Duração: os sinais contínuos da perturbação persistem pelo menos durante seis meses. Neste período de seis meses devem estar incluídos pelo menos um mês de sintomas (ou menos, se tratados com êxito) que preencham o Critério A (isto é, sintomas de fase activa) e podem estar incluídos períodos de sintomas prodrómicos ou residuais. Durante estes períodos prodrómicos ou residuais os sinais da perturbação podem manifestar-se apenas por sintomas negativos ou dois ou mais dos sintomas apresentados de forma atenuada enumerados no Critério A (por exemplo, crenças estranhas, experiências perceptivas pouco habituais).

D. Exclusão de Perturbação Esquizoafectiva ou do Humor: a Perturbação Esquizoafectiva ou a Perturbação do Humor com Características Psicóticas tenham sido excluídas devido a (1) não tenham ocorrido simultaneamente com os sintomas de fase activa os Episódios de Depressão "Major", Maníacos ou Mistos; ou (2) caso os episódios de alteração do humor tenham ocorrido durante os sintomas da fase activa mas a sua duração total tenha sido mais curta do que a duração dos períodos activos e residuais.

E. Exclusão de perturbações relacionadas com ingestão de substâncias ou perturbações

²⁹¹ DSM IV American Psychiatric Association "Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais" 4ª Edição Pág. 280 e seguintes.

físicas: a perturbação não seja devida aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, abuso de drogas ou medicamentos) ou a um estado físico geral.

F. Relação com a Perturbação Global do Desenvolvimento: caso exista história de Perturbação Autística ou de outra Perturbação Global do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia só é realizado se estiverem presentes ideias delirantes ou alucinações dominantes pelo período mínimo de um mês (ou menos se tratado com êxito)».

A entrevista de “História de Vida” de MacAdms (1995)²⁹²

I. «Capítulos da vida

Gostaria que iniciasses considerando a tua vida como uma história. Todas as histórias têm cenas, personagens, enredos, etc... Têm momentos bons e menos bons, heróis e vilões. Conta-me uma história longa. Conta-ma em capítulos. Quais seriam esses capítulos? Descreve-me quais são os principais. Faz quantos capítulos quiseres. Se achares bem, põe um título a cada um. Tens uns 20 a 25 minutos para isso. Portanto não precisas de me contar toda a história agora. Simplesmente, oferece-me o perfil da história através dos capítulos principais.

Obs: existe um perigo não desejável de interromper em excesso. Se o sujeito terminar em menos de 10 minutos e o que disse ou escreveu não foi o suficiente, então volta a perguntar.

Se o sujeito se prolongar além do tempo, deves, com cuidado, acelerar um pouco as respostas. Entretanto não é bom que o sujeito se sinta “empurrado”. Esta é a parte da entrevista mais livre. É a que tem maior potencial projectivo. Por isso é importante ver como o sujeito organiza livremente as suas respostas.

II. Acontecimentos críticos

Agora que me deste um esquema dos capítulos da tua história de vida, gostaria que te concentrasses em alguns acontecimentos chave. Um acontecimento chave pode ser um sucesso concreto, um incidente crítico, um episódio significativo do teu passado localizado num momento e lugar concretos. Será importante que destaques a razão deste argumento concreto.

Para isso, solicito que indiques 8 acontecimentos vitais concretos. Para cada acontecimento descreve em detalhes o que aconteceu, onde estavas, quem participou, o que fizeste, o que pensavas e sentias enquanto decorria cada acontecimento. Tenta dizer que impacto este acontecimento causou na tua história

²⁹² McAdms, D. P. Et al. (1988): Psychobiography and Life Narratives. London: Duke University Press.
Nota: Optámos por fazer uma tradução livre.

de vida. O que este acontecimento “disse” sobre quem és e quem foste como pessoa. Procura ser o mais preciso que possas. Alguma pergunta?

I. Acontecimento: Experiência cume

A experiência cume seria um ponto alto da tua história de vida. Seria um momento ou um episódio na tua história nos quais experimentaste emoções extremamente positivas, emoções intensas de felicidade, serenidade espiritual, inclusive intensa paz interior. Hoje este episódio destacar-se-ia na tua memória como uma das melhores, das mais maravilhosas cenas ou momentos da tua história. Por favor descreve com detalhe uma experiência cume ou algo semelhante que tenhas experimentado. Diz exactamente o que aconteceu, onde aconteceu, quem participou, o que fizeste, o que pensaste, o que sentiste, que impacto produziu em ti esta experiência, destacando quem foste e quem és a partir dela.

Obs: ao encerrar esta questão certifica-te de que o sujeito respondeu a todas as perguntas sobre o impacto do que a experiência “disse” sobre ele enquanto pessoa. Não interrompas a descrição do acontecimento. Mas podes solicitar detalhes adicionais, quando ele tenha terminado a descrição pessoal do acontecimento.

II. Acontecimento: A experiência “mais baixa”

Esta é a experiência em tudo oposta da experiência cume. Quer dizer, é o ponto mais baixo da tua história. Tenta recordar uma experiência concreta em que sentiste emoções extremamente negativas, tais como o desespero, a desilusão, o terror, a culpa, etc. Deverias considerar esta experiência como o ponto baixo da tua história. Ainda que esta recordação seja desagradável, agradecia um esforço da tua parte: tenta ser o mais sincero possível; detalha tudo o que possas sobre essa experiência. Tenta ser concreto: - O que aconteceu? Quando? Quem participou? O que pensaste e o que sentiste? Que impacto este facto teve em ti? O que “disse” o acontecimento sobre o que és e o que foste?

III. Acontecimento: Ponto de inflexão

Ao reveres a história de vida é possível identificar “pontos de inflexão”. Quer dizer: episódios que supõem uma profunda mudança na pessoa. Estes pontos

podem ocorrer em qualquer esfera da vida: nas relações com as outras pessoas, no trabalho, na escola, nas actividades de lazer, etc. Interessa-me em especial um ponto que diga respeito à forma como tu vês as coisas. Identifica um episódio concreto na tua vida que consideres ponto de inflexão. Se considerares que na tua história não há pontos de inflexão, descreve um episódio concreto da tua vida que esteja mais próximo que qualquer outro do que representa um ponto de inflexão.

Obs: Se o sujeito repetir um acontecimento anterior, solicita que se debruce sobre outro. Cada um dos 8 acontecimentos críticos desta sessão devem ser independentes. O que se pretende é obter informação sobre os 8 acontecimentos em separado. Se entretanto este acontecimento foi citado em “Capítulos da Vida”, ele pode ser retomado. É possível esta consideração.

IV. Acontecimento: Primeira lembrança

Busca agora na tua infância; vai tão para trás quanto te seja possível ir; chega até aos teus primeiros anos e descreve com detalhe. A lembrança não tem porque ser excepcionalmente significativa na tua vida actual. O que é importante é que seja a primeira ou uma das primeiras lembranças que tens. A lembrança deve ser suficientemente detalhada para que se possa considerar um “acontecimento”. Quer dizer: deves escolher a primeira lembrança (da tua infância) em que sejas capaz de identificar o que aconteceu, quem participou, o que pensavas, o que sentias. Tenta dar uma data aproximada; – Quando aconteceu que idade tinhas?

V. Acontecimento: Cena importante da infância

Descreve agora outra lembrança da infância ocorrida mais adiante, que se destaque na tua memória como significativa ou especialmente importante. Pode ser uma lembrança positiva ou negativa. O que ocorreu? Quem participou? O que fizeste? O que pensaste e sentiste? Que impacto te causou? O que dizes (a este respeito) sobre o que és e o que eras? Porque é importante?

VI. Acontecimento: Cena importante da adolescência

Descreve um acontecimento concreto da tua adolescência que se destaque como especialmente importante e significativo.

VII. Acontecimento: Cena importante da idade adulta

Descreve um acontecimento específico que te tenha acontecido depois da adolescência e que se destaque na tua memória como especialmente importante ou significativo (sempre a partir dos 20 anos).

VIII. Acontecimento: Alguma outra cena importante

Descreve outro acontecimento de qualquer momento da tua vida que se destaque na tua memória como especialmente importante.

III. Desafio vital

Ao recordar os diversos capítulos e cenas da tua história de vida, descreve o desafio maior que tenhas enfrentado. Como o tens enfrentado, manejado e abordado? Outras pessoas te ajudaram? Que impacto este facto tem causado na tua história de vida?

IV. Influências na “História de Vida”: Positivas e Negativas

I Positivas

Ao reflectires sobre a tua história de vida, identifica a pessoa, grupo de pessoas ou organização que tem tido influência mais positiva na tua história. Descreve essa pessoa, grupo ou organização e a forma como qualquer uma delas teve impacto positivo na tua vida.

II Negativas

Ao rever a tua história de vida, identifica a pessoa, grupo de pessoas ou organização que tem tido ou tem ainda influência mais negativa na tua história. Descreve essa pessoa, grupo ou organização e a forma como qualquer delas tem tido impacto negativo na tua história.

V. As histórias e a “História Vital”

Tens estado a contar a história da tua vida. Ao fazê-lo tentaste converter a tua história numa história para mim. Gostaria que agora pensasses um pouco mais nas histórias gerais e como algumas histórias poderiam ter influenciado a tua própria história. Desde pequenos todos temos ouvido e visto histórias. É possível que os nossos pais nos tenham lido algumas delas quando éramos pequenos. Ouvimos as pessoas contar histórias sobre acontecimentos quotidianos; vemos histórias na

televisão, ouvimo-las na telefonia; assistimos a filmes e a teatros; aprendemos as histórias que ouvimos nas igrejas, nas escolas, na rua, no bairro, com amigos e com a família; contamos histórias na nossa vida diária. Alguns de nós, inclusive, as escrevemos. Estou interessado em saber quais as preferidas e de que modo influenciaram a tua história. Vou perguntar-te sobre três tipos de histórias. Em cada caso tenta identificar uma história que tenhas escutado ao longo da tua vida. Descreve-a brevemente e diz-me como te afectou.

I. Televisão, cinema, teatro: Histórias vistas

Tenta lembrar-te dos programas de televisão, de filmes ou doutras formas de histórias deste tipo. Identifica uma da tua preferência. Por exemplo, o teu programa ou série preferida, o teu filme preferido, etc. Em algumas frases conta-me a história. Diz-me porque gostaste tanto e de que modo te influenciou.

II. Livros, revistas: Histórias lidas

Pensa agora em coisas que tenhas lido: histórias em livros, periódicos, revistas, etc. Identifica uma das tuas histórias preferidas. Novamente conta-me algo sobre ela, porque gostas dela, que impacto causou na tua vida.

III. Histórias de família e amigos: Histórias ouvidas

Enquanto crianças muitos de nós ouvimos histórias oriundas das nossas famílias e dos amigos que ficaram gravadas na nossa mente. As histórias de família incluem coisas que os pais tenham contado aos filhos sobre o passado, as tradições familiares, as lendas da família, etc. Parte do que ameniza a nossa vida, inclusive na idade adulta, vem do que nos contam; os amigos e a família contam histórias sobre eles mesmos e os demais. Tenta identificar uma história deste tipo. Conta-me algo sobre ela, porque gostaste dela e qual foi o impacto que causou na tua vida.

VI. Futuras alternativas para a “História Vital”

Contaste-me coisas sobre o passado; gostaria que pensasses agora no futuro. Gostaria que imaginasses dois futuros distintos para a tua história de vida.

I: Futuro positivo

Em primeiro lugar descreve um futuro positivo. Quer dizer, descreve o que

gostarias que acontecesse no futuro da tua história de vida, incluindo os objectivos e os sonhos que poderias realizar. Tenta ser realista ao fazê-lo. Por outras palavras, gostaria que me descrevesse o que o que pretendieras que acontecesse, desde um ponto de vista realista, aos capítulos e cenas futuras da tua história.

II .Futuro negativo

Agora descreve um futuro negativo, um futuro absolutamente indesejável para ti. Quer dizer: o que temes que possa acontecer, porém que esperas que não aconteça. Novamente tenta ser realista. Por outras palavras, gostaria que descrevesse um futuro para a tua história de vida que pudesse acontecer, porém que esperas que não aconteça.

Obs: Tentar recolher o maior número de detalhes concretos.

VII. Ideologia pessoal

Agora gostaria de fazer-te algumas perguntas sobre as tuas crenças e valores fundamentais, sobre questões importantes ligadas à espiritualidade da tua vida. Reflecte um pouco sobre cada uma destas perguntas

I. Considera por um momento as dimensões espiritual e religiosa da tua vida. Descreve brevemente as tuas crenças religiosas e a forma mediante a qual enquadras a tua vida espiritual.

II. Descreve como tem mudado ao longo do tempo a tua vida espiritual ou religiosa, os valores e as tuas crenças.

III. Como pensas as questões políticas e sociais? Tens alguma ideologia política concreta? Há algumas questões sobre as quais tenhas critérios inflexíveis? Descreve-as.

IV. Qual o valor mais importante na tua vida? Explica.

V. O que mais podes dizer-me para ajudar-me a entender as tuas crenças e valores mais fundamentais sobre a vida e o mundo, as dimensões espirituais da tua vida e da tua filosofia de vida?

VIII. Tema vital

Ao reveres a tua história de vida por completo, como uma história que tem

capítulos e cenas que se estendem do passado ao futuro imaginado, podes pensar um tema, uma mensagem central que esteja presente ao longo da tua história? Qual é o tema principal da tua história de vida? Explica.

IX. Outros

Que mais deveria saber par compreender a tua história de vida?»