



ICC- Instituto de Ciências Cognitivas

CNPJ 03.389.008/0001-80

Dr. Maurício Aranha



**ALUCINAÇÕES
NO CONTEXTO NEUROPSÍQUICO**

Juiz de Fora - MG
2003

**Obra registrada junto à
Fundação Biblioteca Nacional – Ministério da Cultura
Escritório de direitos autorais
Registro: 268.622 Livro: 482 Folha:282**



AGRADECIMENTOS

À minha esposa, Cláudia Aranha, pela paciência e compreensão que teve durante as inúmeras horas que me fiz ausente do nosso convívio por estar envolvido com a pesquisa, o estudo e a digitação desta dissertação.

A todos que direta e indiretamente prestaram sua contribuição, permitindo assim que os valiosos dados obtidos durante a pesquisa viessem a se transformar no objeto deste trabalho.

Por fim, especialmente, aos mestres que conheci através dos livros que li até hoje na minha existência, pois certo é que seus escritos enriqueceram meu conhecimento e amadureceram meu saber.



SUMÁRIO

Introdução. 4

Capítulo I: Natureza das alucinações. 6

Sessão I: Aspectos biológicos. 8

Capítulo II: Alteração da sensopercepção. 14

Sessão I: Alteração na intensidade das sensações. 14

Capítulo III: Alteração na representação. 18

Sessão I: Imaginação. 19

Capítulo IV: Classificação das alucinações. 25

Capítulo V: Etiologia das alucinações. 34

Capítulo VI: Patologia, sintomatologia e diagnóstico das alucinações. 38

Conclusão. 45

Bibliografia 48



INTRODUÇÃO

Este trabalho propõe pontuar alguns dos relevantes aspectos de interesse neuropsíquico que faz do estudo da alucinação um marco para a neurociência e saúde mental. Tal estudo tem por objetivo propiciar um aprofundamento nos conceitos fundamentais da alucinação a partir de uma construção teórico-crítica que permita uma visão panorâmica dos diversos fatores que direta e indiretamente estão ligados aos processos alucinatórios, bem como, suas conseqüências a partir de uma elaboração dinâmica que se volta para o indivíduo, com o fim de tentar compreendê-lo, no seu “momento alucinatório” possibilitando interação com a natureza objetiva e subjetiva das alucinações.

OBJETIVO:

O trabalho de pesquisa objetiva situar e evidenciar a presença de fatores diversos como elementos de análise e construção da realidade objetiva e subjetiva do processo alucinatório. Para tanto, está dividido em seis capítulos assim distribuídos: 1- versa sobre os aspectos relativos à natureza das alucinações contemplando em seu caráter biológico os seguintes itens: sensopercepção, sensação e percepção; 2- trata das alterações sensoperceptivas; 3- analisa as alterações da representação; 4- aborda a classificação das alucinações; 5- dispõe sobre a etiologia; 6- finaliza o corpo da pesquisa, abordando os aspectos patológico, sintomatológico e diagnóstico que envolve as alucinações; e, por último, as conclusões e hipóteses suscitadas pela pesquisa.

METODOLOGIA DE PESQUISA:

Esta pesquisa busca proporcionar maior familiaridade com elementos que contribuem para a compreensão da alucinação, com vista a tornar mais explícito ou a construir hipóteses que contribuam para o contínuo desenvolvimento das pesquisas que tenham por finalidade ampliar o campo do conhecimento acerca do tema. Portanto, este estudo se volta para o aprimoramento de idéias ou a descoberta de relações que permita compreender a alucinação como um dos sintomas mais expressivos da patologia mental.



Será utilizado como referencial teórico o levantamento bibliográfico e análise de fragmentos textuais que estimulem a compreensão.

Como pontos vantajosos na utilização desta metodologia de pesquisa tem-se a considerar a rica fonte de dados, bem como sua estabilidade informacional; facilidade em se acessar informações a partir da fonte original de conhecimento público e notório; por outro lado, as limitações encontram-se no fato de que tais fontes de informação possuem uma característica de não-representatividade o que determina a subjetividade das interpretações, porém como o problema da representatividade e da objetividade se faz presente, direta ou indiretamente, em qualquer trabalho desta natureza, é possível administrar esta limitação a partir do momento que se considere as elaborações, que aqui serão apresentadas, não como respostas definitivas a um questionamento ou elaboração conceitual, mas como elementos que proporcionam mais uma visão às questões já estudadas ou, então, que conduzam a novas hipóteses suscitando novas pesquisas e investigações.



CAPÍTULO I

NATUREZA DAS ALUCINAÇÕES

Ao conceituar “alucinação” é preciso considerar a questão relativa a “percepção real” de um objeto inexistente, ou seja, as percepções sem um estímulo externo. Considera-se que a percepção é real, tendo em vista a convicção inabalável da pessoa que alucina em relação ao objeto alucinado. Sendo a percepção da alucinação de origem interna, emancipada de todas as variáveis que podem acompanhar os estímulos ambientais (clareza, corporeidade, intensidade, etc.), um objeto alucinado muitas vezes é percebido mais nitidamente que os objetos reais de fato, assim sendo, pode-se inferir que tudo que pode ser percebido pelos 5 sentidos (audição, visão, tato, olfato e gustação) pode também ser alucinado.

Deste modo, as alucinações sempre aproveitam o material consciente conhecido do paciente; p. ex., objetos distintos, porém conhecidos daquele que está alucinando, se unem para formar uma única imagem – a figura do cavalo alado. O indivíduo que alucina deve ter percebido isoladamente cada um dos objetos (cavalo e asas) e, mentalmente, combina um com o outro formando uma imagem. MIRANDA-SÄ Jr. (2001, p. 160) afirma que “(...) a ‘imagem alucinatória’, (...), com todas as características de imagem perceptiva, (...). Tem sido definida como percepção sem objeto, (...)”.

No entanto, a imagem alucinatória torna-se indistinguível pelo sujeito da imagem perceptiva, uma vez que tais produções imagéticas contam com (1) um grau de convicção que o paciente atribui a elas, e, (2) com a projeção da imagem no exterior (loc. cit., p. 161). São estes aspectos que fazem com que as imagens ou símbolos produzidos pelo sujeito tenham qualidades sensoriais passíveis de serem afetadas e, em consequência, terem grande expressão semiológica.

Aprofundando um pouco mais, é possível compreender que a alucinação é a percepção real de um objeto inexistente, ou seja, são percepções sem um estímulo externo. Portanto, são percepções sensoriais não mediadas pelo órgão sensorial correspondente daí advindo o fato de que a pessoa com alucinação tem o senso imediato de que a sua percepção é verdadeira; fato este que contribui para que esta “percepção” seja, em alguns casos, oriundas de alguma região de dentro do corpo, porém, não fisiologicamente definível, ou seja, produzida pela psique. Algumas vezes, a pessoa com alucinação consegue ter o entendimento de que está com uma alteração de registro sensorial. Outras



vezes, a intensidade do delírio,¹ que normalmente ocorre junto com a alucinação, faz crer ao indivíduo que o que percebe é uma verdade absoluta. Já em sentido mais restrito, afirmam BASH (1965) e BALLONE (1999), a alucinação indica um distúrbio psicótico quando associadas a “deficiência de prova da realidade”.² Através dos órgãos dos sentidos os objetos se nos apresentam corporalmente, objetivamente e, nas representações internas elaboradas pelo eu, como imagens. Portanto, a imagem, que será mais detalhadamente analisada adiante, deve ser sempre interior e ter sempre uma concepção individual, porém, jamais emancipada da realidade, ou seja, desvinculando-se da realidade, de forma a produzir uma realidade nova e particular, pois caso isso ocorra estará incorrendo no domínio das alucinações.

Porém, é preciso ressaltar que o termo "alucinação" não se aplica a falsas percepções que ocorrem durante o sonho; nem tão pouco, as alucinações que se observam como manifestações de alguns ritos religiosos. Também em certas situações, p. ex., em que indivíduo, sem história de transtorno mental, é submetido à privação de ordem física ou psíquica apresentam sintomas de alucinações transitórias; assim sendo, deve-se ser criterioso na avaliação das manifestações alucinatórias para se evitar que sejam prontamente relacionadas a significados patológicos.

MIRA Y LÓPEZ (1952) definem a alucinação como sendo “(...) *imagem representativa ou a imagem fantástica que adquire os caracteres de sensorialidade necessários para ser aceita pelo juízo de realidade como proveniente de um objeto exterior*” [tradução minha]. As definições são inúmeras, buscando sempre uma maior abrangência do conceito, p. ex., para JASPERS (1979) são “(...) *falsas percepções corpóreas que não se originam, por transformação, de percepções reais e sim de modo inteiramente novo, e que surgem paralelas e juntamente com percepções reais.*” [tradução minha]; já BAILLARGER (in PAIM, 1998, p. 41) diz que “(...) *o que caracteriza a alucinação é o fato de que ela se apresenta como algo estranho à personalidade.*”; para DELGADO (1966) “(...) *consiste no fenômeno de perceber objetos, com todas as características da sensação, na ausência do estímulo sensorial.*” [tradução minha]; GOÁS (1966) assinala que “*A alucinação é uma falsa percepção por não corresponder a nenhum objeto ou causa real, atual ou presente, situada no campo sensorial; (...)*”, e complementa, “(...) *A característica principal consiste na perda do juízo de realidade que, no paciente, existe como manifestação de um transtorno de sua atividade psíquica, fundamentalmente da consciência ou do ‘ser consciente’ em um aspecto quantitativo e seletivo.*” [tradução minha].

Para melhor entender as alucinações e suas implicações patológicas, faz-se necessário analisar os aspectos biológicos que envolvem estes sintomas conforme será visto a seguir.

¹ **Delírio:** “(...) *crença ou juízo falso, incompatível com as condições sócio-culturais da pessoa, inabalável, sendo mantido mesmo diante de qualquer contra-argumentação lógica. (...) habitualmente têm um colorido paranóide (...) sustentados com extraordinária convicção (...) experiência subjetiva ou vivência primária (...) em que se fazem julgamentos incorretos.*” (WILLIS, 1979, p. 16).

² **Deficiência da prova da realidade:** consiste no fato de que a percepção não identifica o mundo exterior como ele é na realidade; e sim, como as transformações, efetuadas pelos nossos órgãos dos sentidos nos permitem reconhecê-lo (BASH, 1965 e BALLONE, 1999).



SESSÃO I: ASPECTOS BIOLÓGICOS

BALLONE (1999) afirma que na moderna neurociência, o real conceito de percepção começou a brotar, quando Weber e Fechner descobriram que o sistema sensorial extrai quatro atributos básicos de um estímulo: modalidade, intensidade, tempo e localização. Portanto, não é mais admissível que o nosso universo perceptivo resulte do encontro entre um cérebro simples e as propriedades físicas de um estímulo, uma vez que as percepções diferem das características físicas do estímulo, porque o cérebro extrai dele informações e as interpretam em função de experiências anteriores com as quais ela se associe modificando, assim, a natureza qualitativa dos elementos percebidos; deste modo, impulsos eletromagnéticos, p. ex., podem ser percebidos como cores. Para que se tenha maior compreensão dos aspectos neurobiológicos no curso desta pesquisa será feita, a seguir, uma análise de alguns conceitos e aspectos relativos a sensopercepção, sensação e percepção.

1. SENSOERCEPÇÃO

Vinculando esta análise da sensopercepção ao processo alucinatorio, é plausível considerar que a experimentação de aspectos de natureza vibratória são percebidos mais como sons; assim como as substâncias químicas, por meio do odor e sabor; uma vez que, cores, tonalidades, odores e sabores são elaborações da mente que se dão através de experiências sensoriais vividas pelo sujeito. Se assim é, elas só têm realidade como tal na imaginação do sujeito enquanto ser cognitivo capaz de conter a representação³ semiótica de determinados signos. Portanto, afirma PAIM (1993, p. 25), as representações, em outras palavras alucinações, acabam por deixar marcas de sua ação que pode ser experimentada novamente sob a forma de representação; como são constituídas por imagens dos objetos e fenômenos percebidos por meio das experiências vivenciais, podem ser evocadas de modo voluntário ou involuntário. Neste ponto, cabe uma diferenciação entre percepção e representação; pelo primeiro entende-se, o ato no qual o objeto se impõe por sua presença, por seu caráter objetivo; no segundo, pelo fato do objeto não se achar presente, a imagem é projetada no mundo subjetivo. Assim sendo, BALLONE faz o seguinte questionamento filosófico: “*Há som, quando uma árvore desaba numa floresta, se não tiver alguém para ouvir?*” (loc. cit.) e a resposta plausível é um “sonoro” – NÃO, uma vez que as vibrações sonoras, para serem percebidas, precisam de um sujeito capaz de ouvir e dar um significado aos estímulos captados.

³ **Representação:** “*Chama-se, portanto, representação [re-apresentação = reprodução da imagem de] ‘o ato de conhecimento que consiste na reativação de uma lembrança ou imagem mnêmica, sem a presença real do objeto correspondente’.*” (PAIM, 1998, p. 25).



O que acima está exposto tem por objetivo demonstrar que a resposta de cada órgão sensorial é devida à área neurológica onde terminam as vias aferentes providas do receptor periférico. O sistema sensorial começa a operar quando um estímulo, comumente oriundo do meio ambiente, é detectado por um neurônio sensitivo, o primeiro receptor sensorial. Este converte a expressão física do estímulo (luz, som, calor, pressão, paladar, cheiro) em potenciais de ação, que o transformam em sinais elétricos, de onde é conduzido a uma área de processamento primário, onde se elaboram as características iniciais da informação, suas qualidades, de acordo com a natureza do estímulo original. Num segundo momento, a informação, agora elaborada, é transmitida aos centros de processamento secundário do tálamo. Se a informação é originada por estímulos olfativos, ela vai ser processada no bulbo olfatório e depois segue para a parte média do lobo temporal. Uma vez que chega aos centros talâmicos, a informação é associada a outras, de origem límbica ou cortical, relacionadas com experiências passadas similares. Por fim, após passar por um processo neurolingüístico de eliminação,⁴ generalização⁵ e distorção⁶ que a modifica, esta informação é enviada ao seu centro cortical específico. A esse nível, a natureza e a importância do que foi detectado é determinada por um processo de identificação consciente que consiste na percepção. A percepção, portanto, se dá em função do sistema sensorial; este por sua vez mantém íntima relação com a sensação de equilíbrio. Portanto, um comprometimento deste sistema pode conduzir a um processo alucinatório.

2. SENSACÃO

BALLONE (loc. cit.) afirma que “(...) o significado preciso para sensação é um fenômeno psíquico elementar que resulta da ação de estímulos externos sobre os nossos órgãos dos sentidos”. Entre o estado psicológico atual e o estímulo exterior há um fator causal e determinante designado sensação, portanto, deve haver uma concordância entre as sensações e os estímulos que as produzem, pois caso contrário, se estará diante de um processo alucinatório.

Para maior entendimento, pode-se considerar a análise das sensações a partir de três grupos distintos: externas, internas e especiais. As, assim chamadas, sensações externas são aquelas que refletem as propriedades e aspectos de tudo, humanamente perceptível, que se encontra no mundo exterior. Neste caso, os órgãos dos sentidos ganham relevância. A resposta sensorial produzida em cada órgão dos sentidos aos estímulos que

⁴ **Eliminação:** Processo cognitivo com o auxílio do qual impressões podem ser eliminadas reproduzindo, a partir daí, apenas aquilo que é selecionado como significativo à representação interna de uma pessoa. [N. do A.].

⁵ **Generalização:** Processo cognitivo no qual uma parte da experiência concreta de uma pessoa é separada da experiência original passando a ser a base para toda uma classe de experiências (ou seja, ocorre uma conclusão de um fato dentro de uma possibilidade de aplicação geral). (KLUCZNY & TEIXEIRA, 1997, p. 149).

⁶ **Distorção:** Processo cognitivo com o auxílio do qual impressões podem ser reproduzidas de forma restritiva e pouco precisa na representação interna de uma pessoa. (KLUCZNY & TEIXEIRA, 1997, p. 147).



agem sobre eles é consequência da adaptação desse órgão a um tipo determinado de estímulo.

No caso das sensações internas, estas refletem os movimentos de partes isoladas do nosso corpo e o estado dos órgãos internos. Ao conjunto dessas sensações se denomina sensibilidade geral. Receptores sensitivos captam estímulos proprioceptivos, que indicam a posição do corpo e de suas partes, enquanto outros, que recebem estímulos denominados cinestésicos, são responsáveis pela monitorização dos movimentos, auxiliando a realizar outras atividades cinéticas, de forma segura e coordenadamente. Os receptores dessas sensações se acham localizados nos músculos, nos tendões e na superfície dos diferentes órgãos internos englobando sensações do tipo: motora, orgânica e equilibradora. As sensações motoras nos orientam sobre os movimentos dos membros e do nosso corpo; as equilibradoras provêm da parte interna do ouvido e indicam a posição do corpo e da cabeça, e, as orgânicas são as proprioceptivas, propriamente ditas, se originando nos órgãos internos (sensações viscerais) tendo seus receptores localizados na face interna dos órgãos. Além destes sensores, existem outros sensores capazes de captar informações mais apuradas, tais como temperatura, excitação sexual e volume sanguíneo.

A sensação especial se manifesta sob a forma de sensibilidade para a fome, sede, fadiga, mal-estar ou bem-estar. Essas sensações internas de natureza vaga e indiferenciada que proporcionam a sensibilidade de bem-estar, mal-estar, etc., são denominadas cinestésica. No processo do conhecimento e do autoconhecimento objetivo as sensações são elementos primordiais. Pois, são as sensações que relacionam o ser cognitivo com seu próprio organismo, com o mundo exterior e com as coisas que o rodeiam. O conhecimento do mundo exterior resulta das sensações dele captadas e quanto mais desenvolvidos forem os órgãos dos sentidos e o sistema nervoso, mais delicadas e mais variadas serão as sensações por ele percebidas.

Para maior eficiência dos sentidos, os vários órgãos devem funcionar integradamente. A percepção do mundo objetal não depende exclusivamente do aparelho sensorial específico, através do qual os objetos são apreendidos, isto é, não depende exclusivamente do sentido da visão, ou da audição, ou do tato, etc. Geralmente não é apenas um sentido que atua na percepção dos objetos, além disso, os sentidos funcionam juntos e se completam. Uma determinada qualidade perceptual, como, p. ex., a intensidade, pode ser a mesma para vários sentidos. Dessa forma, um objeto pode ser visto mais ou menos luminoso, pode soar com maior ou menor intensidade, ser sentido também com maior ou menor intensidade e ter um odor com variações de intensidade. Os estímulos devem ser localizados de maneira idêntica, através dos olhos, dos ouvidos e das mãos, objetos podem ser vistos, ouvidos e sentidos em movimento simultaneamente. A tendência de integração, cooperação e concordância dos vários sentidos se fazem perceber pela disposição do sistema sensorial em conciliar as diversas percepções por meio de um processo de acomodação como que ocorre quando o órgão sensorial visual faz crer que as projeções das imagens televisivas são contínuas quando na verdade ocorrem quadro a quadro.

Por assim ser, é que, através da ação cooperativa dos sentidos, torna-se possível formar-se um conjunto de sensações que permitem dar uma certa realidade ao meio no qual



se está inserido, o que faz com que as impressões dos vários sentidos, uma vez combinadas ou organizadas, apresentem a realidade como algo estável, mensurável e modificável; portanto, “real”.

3. PERCEPÇÃO

Ao considerar a percepção, é relevante conjecturar que embora os aparelhos psíquicos, genéticos e neurobiológicos sejam, do ponto de vista morfofuncional, os mesmos para as diferentes pessoas, isso não é verdadeiro quando o que está em questão é a percepção; portanto as pessoas percebem as impressões de modo distinto se utilizando os mesmos recursos orgânicos. Assim sendo, nada garante que a percepção se relacione à realidade do mundo externo exatamente da mesma maneira para os diferentes tipos de seres vivos podendo, até mesmo, vir a constituírem-se como alucinações.

Entende-se por percepção a designação do ato pelo qual tomamos conhecimento de um objeto do meio exterior. A maior parte das percepções conscientes provém do meio externo, pois as sensações dos órgãos internos não são conscientes na maioria das vezes e desempenham papel limitado na elaboração do conhecimento do mundo. Trata-se, a percepção, da apreensão de uma situação objetiva baseada em sensações, acompanhada de representações e frequentemente de juízos (BALLONE, 1999). A percepção, ao contrário da sensação, não é uma imagem estática dos objetos do mundo determinada exclusivamente pelas qualidades objetivas do estímulo. À percepção são acrescentados elementos da memória, do raciocínio, do juízo e do afeto, portanto, são anexadas às imagens objetivas qualidades e elementos da ordem do subjetivo próprio de cada indivíduo.

Outro ponto importante desta abordagem é que a conceituação simbólica de um objeto precisa de um conhecimento prévio do signo para que exerça seu papel representacional. Exemplo: o signo “vermelho”, num sinal de trânsito, será conceituado com o simbolismo de “parar” para todo indivíduo que for previamente estimulado a associar esta cor, quando num semáforo, com a significação de se estabelecer à interrupção do fluxo contínuo dos veículos. No entanto, para um indivíduo portador de daltonismo, esta representação teria um significado contrário, uma vez que enxerga no vermelho a cor verde (e vice-versa), cujo significado é o oposto. Onde poder-se-ia inferir que, objetivamente, as sensações são determinadas por fatores da ordem do neurofisiológico, enquanto as percepções, da ordem do psicológico. Entretanto, em determinados estados emocionais, até as sensações podem estar comprometidas. É o que acontece, p. ex., nos estados hístico-ansiosos com profundas alterações nas sensações corpóreas tais como: anestésias, parestésias, hipoestésias, etc (abordado mais adiante). Desta forma, o mais prudente seria considerar que as sensações, nas pessoas normais, envolvem



predominantemente elementos neurofisiológicos; e, as percepções, elementos psicológicos predominantemente.

A percepção consiste, ainda, na apreensão de uma totalidade e sua organização consciente não é uma simples adição de estímulos locais e temporais captados pelos órgãos dos sentidos. A experiência faz crer que não se tem apenas sensação isolada, pois, o que chega à consciência são configurações globais, dinâmicas e perfeitamente integradas no tocante às sensações. Isto se dá porque embora as sensações não sejam portadoras, em seu simbolismo, do conhecimento do mundo, representam, como signos que são, os elementos necessários ao conhecimento deste e que sem os quais não existiriam percepções. É isto ocorre porque a percepção se relaciona diretamente com a forma da realidade apreendida (o símbolo), enquanto a sensação se relacionaria a fragmentos esparsos dessa mesma realidade (o signo).

Outro ponto proposto por PAIM (1993, p. 25) trata da relação entre percepção e representação onde afirma o autor que “*A representação é a reprodução na consciência de percepções passadas.*” (loc. cit.), esta afirmação faz ver que a percepção não pode ser considerada como sendo uma fiel reprodução dos objetos ou fenômenos exteriores, é exatamente esta característica que confere à percepção a capacidade de representar a realidade de forma autônoma, portanto o que é gravado na memória é a impressão de um processo dinâmico e é esta “impressão” que irá se constituir em imagem ou representação mental.

A percepção pode ainda ser analisada a partir de seus desdobramentos, qual sejam: (1) a percepção anterior à realidade consciente que, consiste na percepção despojada de toda e qualquer subjetividade, é a objetividade pura. Ela é anterior a toda e qualquer interpretação, anterior a toda e qualquer compreensão e anterior a toda e qualquer significação. A percepção anterior à realidade permite a experiência da própria percepção em estado puro. Ela é radicalmente exterior ao sujeito, é a percepção do mundo exterior objetivo por excelência. É uma sensação vazia de subjetividade. (2) A percepção que se transforma na realidade consciente que é a percepção cuja objetividade já remete a uma subjetividade ou a um significado consciente real. Ela não se permite circunscrever apenas ao mundo exterior e passa a pertencer ao mundo interior do sujeito. Trata-se da ponte que une o objeto ao sujeito, o mundo objetual ao sujeito. Entretanto, esta percepção que se transforma na realidade consciente é somente uma porta de entrada, e é sempre ao mesmo tempo uma passagem do objeto ao sujeito, é tanto a porta quanto o trânsito através dela, e sempre no sentido que conduz da percepção à subjetividade. (3) A percepção posterior à realidade consciente é a percepção que não contém propriamente uma nova subjetividade, mas a experimenta a partir de estímulos mais atuais. Ela reforça a subjetividade pré-existente e, a partir dela, constrói novos elementos subjetivos.

Digamos que, enquanto a sensação oferece à pessoa o “conteúdo” da realidade, na percepção esse “conteúdo” se organiza de acordo com estruturas específicas, conferindo originalidade pessoal à realidade apreendida. A partir da percepção que se transforma na realidade consciente, o sujeito passa a oferecer às suas sensações um determinado sentido pessoal sobre o qual se assentarão as novas sensações. Dessa forma, o objeto sensível está sempre se relacionando com esse “conteúdo” perceptivo particularizado e existirá sempre



uma apreciável diferença subjetiva entre o objeto em si e o “conteúdo” pessoal sobre o qual ele se faz representar.

As formações psíquicas advindas do ato perceptivo compõem as configurações conscientes da realidade e essas configurações contêm mais do que a simples soma dos “conteúdos”. A percepção proporciona dados sobre o fisicamente sentido, porém esses dados variam de acordo com as condições do “conteúdo” pessoal e a forma percebida passa a transcender o objeto sentido. Portanto, depreende-se que a percepção transcendente, ou seja, a forma da realidade apreendida, pode ser modificada em conseqüência de condições pessoais momentâneas. Dependendo da fadiga, da ansiedade ou do afeto, p. ex., os estímulos externos podem ser captados como sensações agradáveis ou desagradáveis, assim como também se alteram pela ação de determinadas substâncias químicas ou em determinadas doenças orgânicas. Com efeito, em toda percepção existe um componente afetivo que contribui para a imagem representada. Algumas impressões podem ser captadas mais intensamente que outras, dependendo da atenção, que se traduz como objeto do desejo sobre o qual se deposita intensa carga afetiva, da atitude pensada, do estado de ânimo e da situação emocional do sujeito que percebe. A seleção das impressões sensoriais apreendidas depende de uma série de processos ativos que transforma a percepção numa função anímica por excelência.

Ainda sobre percepção, é de interesse conhecer que o ato perceptivo pode ser compreendido sobre dois aspectos ou componentes elementares: (1) a captação sensorial e (2) as integrações significativas, que irão permitir a apreensão consciente do objeto captado, de sorte que as percepções serão subjetivas por existirem em nossa consciência, e objetivas pelo conteúdo que estimula a sensação.

Ao analisar os aspectos biológicos dos processos que envolvem a alucinação não pode deixar de ser considerado as alterações patológicas que estes estão sujeitos, assim sendo, o próximo capítulo passa a tratar o tema pormenorizadamente.



CAPÍTULO II

ALTERAÇÕES DA SENSOPERCEPÇÃO

A capacidade de percepção da realidade pode sofrer alterações de natureza: (1) eminentemente orgânica, neste caso, referente à integridade do sistema sensorial e cujas vias pertencem à neurofisiologia; e, outra de natureza (2) psíquica compreendida pelos elementos emocionais envolvidos na consciência da realidade. Alguns autores, cita BALLONE (1999), preferem considerar verdadeiros distúrbios da sensopercepção somente os que se fundamentam em uma base orgânica, tendo por fundamentação teórica o fato de que para que haja a integridade da sensação se faz necessário os seguintes elementos: existência de (1) receptores periféricos suficientemente íntegros para receber os estímulos provenientes do ambiente; (2) integridade dos nervos periféricos aferentes que conduzam estes estímulos periféricos ao sistema nervoso central (SNC); e, (3) integridade dos centros corticais no SNC que recebem estes estímulos procedentes do exterior e processa-os em linguagem cognitiva. Donde pode-se coligir que, em termos de percepção da realidade, é evidente o envolvimento das estruturas neurobiológicas necessárias, tanto à sensação quanto à integração e organização destas impressões apreendidas da realidade objetiva. Isso tudo se faz no sentido de favorecer a construção do conhecimento do mundo e do próprio indivíduo. No entanto, essa função totalizadora e integradora das sensações que formam e constroem a percepção individual da realidade, envolvem mecanismos subjetivos muito além da objetividade neurofisiológica da sensação. Esta subjetividade pode desencadear processos alucinatórios que carecerão de um conhecimento pormenorizado das diversas alterações as quais estão sujeitos os psiquismos para que se possa fazer distinções segura e criteriosa quanto ao quadro alucinatório. Pelo exposto, faz-se relevante conhecer a amplitude das alterações sensoriais, o que será feito a seguir.

SESSÃO I: ALTERAÇÃO NA INTENSIDADE DAS SENSACÕES:

As alterações na intensidade das sensações referem-se ao aumento e à diminuição do número e da intensidade dos estímulos procedentes dos diversos campos da sensibilidade, deste modo temos:



1. HIPERESTESIA

A hiperestesia sensorial é o aumento da intensidade das sensações. A hiperestesia se acompanha, em geral, de exaltação dos reflexos tendinosos, maior excitabilidade da sensibilidade fisiológica e aceleração do ritmo dos processos psíquicos. Nos estados de grande ansiedade, de fadiga ou esgotamento, por exemplo, onde a capacidade adaptativa está comprometida, a audição e o tato podem estar aumentados. A hiperestesia sensorial é freqüente nos pacientes afetivos, nos neuróticos, nos estados de excitação maníaca, no hipertiroidismo, no tétano, na raiva (hidrofobia), nos acessos de enxaqueca e, ocasionalmente, em alguns casos de epilepsia.

2. HIPOESTESIA

Já a hipoestesia sensorial é a diminuição da sensibilidade. Na maioria dos estados de depressão pode ser observada diminuição da sensibilidade aos estímulos sensoriais, embora a propriocepção possa estar aumentada. Nesses casos há diminuição dos reflexos tendinosos, elevação da sensibilidade fisiológica e lentidão dos processos psíquicos. Pode haver diminuição da sensibilidade sensorial em função de fatores emocionais, como no caso citado acima das depressões, também em situações neurológicas, como o estupor, nas síndromes que se acompanham de obnubilação da consciência, nos estados infecciosos e pós-infecciosas e em períodos pós-trauma.

3. ANESTESIA

A Anestesia diz respeito à abolição de todas as formas de sensibilidade. Observa-se anestesia, geralmente, em afecções neurológicas focais e em seccionamentos de nervos periféricos aferentes. Na psiquiatria observamos anestésias regionais em pacientes conversivos. Nesses casos, as alterações da sensibilidade, tomando por base sua topografia e qualidade das alterações não obedecem aos dermatômos neurofisiológicos nem as vias normais da sensibilidade.

4. ALTERAÇÕES NA SÍNTESE PERCEPTIVA – AGNOSIAS

A síntese das sensações de forma a constituir percepções conscientes dá-se nas zonas corticais do SNC. A anestesia, surdez ou cegueira podem resultar da lesão de um órgão sensorial periférico, do nervo aferente ou da zona cortical do SNC onde se projetam essas sensações determinando o desaparecimento delas. Nos casos onde estão conservadas as integridades das vias nervosas aferentes e existem lesões corticais na vizinhança da área de projeção, nas chamadas áreas para-sensoriais, mantém-se a integridade das sensações



elementares, porém, há alteração do ato perceptivo. Nesses casos, fala-se de Agnosia. Assim sendo, Agnosia não é uma alteração exclusiva das sensações nem exclusiva da capacidade central de perceber objetos externos, mas uma alteração intermediária entre as sensações e a percepção. Em alguns casos, observa-se a perda da intensidade e da extensão das sensações, permanecendo inalteradas as sensações elementares, em outros há integridade e extensão, mas perda da capacidade de reconhecimento dos objetos.

5. AGNOSIA VISUAL

As agnosias visuais podem ser de objetos, de formas, de cor e de espaço. Nos dois primeiros casos, o paciente se mostra incapacitado para identificar o objeto ou a forma deste, em virtude de se encontrar alterada a integração das sensações elementares. A sensação óptica nesses casos se constitui muito mais em contornos, superfícies e cores, luzes e sombras, do que na individualização do objeto em si. Com frequência não se destacam bem entre si, carecem de definição clara e patente e de relação nítida com o que se acha próximo a eles no espaço óptico. Lesões do lobo occipital na região da cissura calcariana também podem produzir defeitos sensoriais fisiológicos. A agnosia visual é, entre esses transtornos, a melhor conhecida em sua origem. Nesses casos as lesões neurológicas responsáveis quase sempre são bilaterais e afetam as áreas occipitais 18 e 19, contíguas à área 17 onde terminam as projeções visuais (áreas para-sensoriais).

6. AGNOSIA TÁTIL

Agnosia tátil se refere à incapacidade para reconhecer objetos mediante o sentido do tato, apesar da sensibilidade se encontrar conservada no fundamental. O transtorno recai sobre as qualidades dos objetos. O indivíduo perde a possibilidade de discriminar as diferenças de intensidade e extensão das sensações táteis.

7. AGNOSIA AUDITIVA

Agnosia Auditiva é quando o paciente ouve sons e ruídos, porém não consegue identificá-los, não os compreende.

Deste modo, pretende-se fornecer elementos conceituais e semiológicos que permita, ao investigador, determinar com mais segurança um diagnóstico de alucinação sem incorrer no risco de inadvertidamente, confundir alterações fisiológicas com alterações neuropsíquicas.



CAPÍTULO III

ALTERAÇÕES NA REPRESENTAÇÃO

No tocante ao aspecto representacional, as alterações se dão nos distúrbios da sensopercepção: “alucinações” e “ilusões”.

ALUCINAÇÕES

É preciso considerar que o fenômeno alucinatório tem conotação muito mais mórbida que a ilusão, sendo normalmente associado a estados psicóticos que ultrapassam a simplicidade de um engano dos sentidos. Na alucinação o envolvimento psíquico é muito mais contundente que nos estados necessários à ilusão. As alucinações não podem ser consideradas patognomônicas desta ou daquela psicopatia, não são exclusivas de nenhum transtorno mental específico, porém, de um modo geral, estão estatisticamente mais associadas às ocorrências psicóticas, notadamente à Esquizofrenia. Por assim ser, cabe aqui uma abordagem mais pormenorizada do que seja ilusão.

ILUSÕES

Conforme BLEULER (1960), as ilusões são percepções reais falsificadas e estudadas sob o título engano dos sentidos. Trata-se, na realidade, da interpretação distorcida de um objeto real, uma falsificação da percepção de um objeto que, de fato, existe. É uma percepção enganosa de um objeto real. Nesta caricatura do processo de percepção nossos sentidos são simplesmente enganados por alguma variável circunstancial (iluminação, distância, ...) ou deixam-se superar por alguma emoção. Por si só a ilusão não constitui um estado mórbido, mas pode denotar um estado emocional mais ou menos intenso; desde pequenas oscilações do normal até situações patológicas, uma vez que os enganos da ilusão podem afetar a percepção dos sentidos.



A desfiguração de objetos pode surgir como sintoma de certas epilepsias de lobo temporal cegando a adquirir a configuração de monstros e demônios. As ilusões podem acontecer em qualquer doença mental, entretanto, elas são mais frequentes nas alterações de “tonalidade sentimental” (ou afetiva).⁷ Podem estar presentes na psicose maníaco depressiva, em determinadas neuroses ou ainda, em ocorrências fortuitas do cotidiano emocional de forte tensão. Tudo isso deve sugerir que o contacto com a realidade, a impressão que elaboramos do mundo ao redor é sempre decorrente da integridade do aparelho psíquico, mais do que uma simples consequência da normalidade fisiológica.

Vale ressaltar que em relação às ilusões parece haver um consenso acerca de seu estudo pertencer ao campo da sensopercepção, entretanto, quanto às alucinações, alguns autores preferem compreendê-la sob a óptica dos distúrbios da representação (BALLONE, 1999). Por razões de ordem organizadoras do pensamento, adotar-se-á, a princípio, a classificação de ambas como transtornos da sensopercepção.

As impressões sensoriais deixam a marca de sua ação sob a forma de representação. PAIM (1998, p. 25) afirma que representação é o “*ato de conhecimento que consiste na reativação de uma lembrança ou imagem mnêmica, sem a presença real do objeto correspondente*”. Deste modo, as representações se fazem a partir da imagem do objeto percebido através da experiência objetiva.

Surge um questionamento no tocante não só a importância como também a relação existente entre a percepção e a representação. É prudente compreender que a percepção se dá pela presença do objeto; contrariamente, a representação imagética é uma projeção subjetiva. Tais representações podem ser evocadas de forma voluntária ou involuntária. Estas representações são reproduções de algo que foi uma percepção. No entanto, mesmo que expressem e guardem relação com algo objetivo, estas representações nunca poderão ser consideradas como fiel representante do objeto ou do fenômeno que lhe deu origem, pois quando a imagem retorna à consciência o fato que retorna não traz os caracteres sensoriais da percepção, o que faz com que a representação não seja uma reprodução do evento originário. Sobre isso, diz PRADO JÚNIOR (1968) “(...) *elas não constituem reproduções rigorosas, e são mesmo, em regra, bastante afastadas do modelo sensível que as produziu. (...) A representação mental resulta das sensações elementares, isto é certo; mas, em seguida, passa a ter uma existência de certo modo independente desses elementos.*”, e, completa, é exatamente por causa desta característica que “*O que se grava na memória por efeito da percepção, a impressão que ela deixa e que constitui a imagem ou representação mental do objeto percebido, é um processo, um movimento do pensamento, e não uma situação estática*”. Donde conclui-se que, na linha do pensar psicológico, imagem tem a mesma conotação de representação.

PAIM (1998, p. 26) relata uma distinção entre imagem e percepção do seguinte modo:

- 1º) Um objeto imaginário é percebido sem auxílio da parte periférica do órgão sensorial. (...)
- 2º) À representação falta estabilidade, que caracteriza a percepção.

⁷ **Tonalidade sentimental (ou afetiva):** conforme propõe JACOBE (1957, p. 16), trata-se de valores imaginários que estão sendo considerados estruturalizantes da psique.



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

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

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

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

JASPERS (1979) também procura estabelecer parâmetros que distingam as percepções das representações. Propõe que as percepções possuem um caráter de objetividade aparecendo no espaço externo, que possuem formas bem determinadas, preservando todo o caráter de sensoriedade, que por serem constantes são facilmente retidas não podendo ser modificadas por determinação volitiva nem, tão pouco, evocadas e, por fim, acabam por serem aceitas com sentimento de passividade. Observa-se que JASPERS propõe uma avaliação sob um prisma qualificativo dos atos psíquicos. Assim sendo, segue em sua análise propondo que as representações, por terem uma natureza imagética, aparecem no espaço subjetivo, tendo uma forma indeterminada, pouco nítida, adequando somente alguns elementos à percepção, que as mesmas são fugazes, o que leva a necessidade de estarem sempre sendo recriadas, e que sofrem interferência da volição sendo produzidas a partir de um sentimento de atividade.

Pois bem, se a imagem passa a receber um enfoque tão importante como ficou evidente no acima exposto, faz-se necessário contemplar neste trabalho os aspectos imagéticos para que a compreensão dos processos alucinatórios torne-se ainda mais abrangentes.

SESSÃO I: IMAGINAÇÃO

Imaginação é a capacidade da mente humana de criar e reproduzir imagens, pois as representações e idéias se associam à atividade criadora para formação de imagens e pensamentos.

Sua diferenciação em relação à representação e a memória é compreendida, no primeiro caso, pelo fato da imaginação cambiar imagens; quanto ao segundo, porque na ausência do componente dinâmico da evocação voluntária, seria impossível o ato imaginativo. Afirma PAIM (1998, p. 39) “(...) a imaginação consiste na possibilidade de reviver o passado sob a forma de imagens (...)”. É graças a esta representação que a intelectualidade pode ser desenvolvida, pois sem as representações, possíveis por meio da imaginação, a cognição tornar-se-ia inviável. Portanto, as atividades criadora e racional se influenciam mutuamente. Sobre o mesmo tema comenta ABEL REY (*in* PAIM, 1998, p. 39):

A atividade criadora é atividade graças à qual relações mentais novas são tentadas com os elementos antigos; a atividade racional escolhe, em virtude de



hábitos adquiridos que constituem nossa natureza, entre todos esses ensaios, os que parecem corresponder melhor às circunstâncias para as quais são tentados. Sistematiza, retifica e escolhe. Orienta e dirige, se não de uma maneira bem clara e bem distinta, pelo menos de um modo latente; sem o que a atividade criadora se perderia nas construções mais bizarras.

Uma outra característica importante das imagens é que, uma vez retidas na memória, tendem a evoluir com o acréscimo das experiências, dos afetos e dos interesses. ABEL REY (loc. cit.) assinala que “(...) *a modificação espontânea das imagens da vida mental nos permite surpreender o poder inventivo do espírito, que não só tem a possibilidade de criar com dados anteriores, mas também de operar uma profunda modificação desses dados, criando algo novo e original*”.

HUSSERL (in PAIM, 1998, p. 40) assinala a questão científica da imaginação ao afirmar que:

O que não é realidade é imaginação, e uma ciência de imaginação é, justamente, uma ciência imaginária. As imaginações como fatos psíquicos são, naturalmente respeitáveis, pertencem à Psicologia. Porém, das imaginações brotam, por meio de uma chamada intuição essencial fundada nelas, novos dados dados eidéticos, objetos que são irreais, isto é, simplesmente ‘aberrações ideológicas’, um retrocesso à escolástica ou àquela espécie de ‘construções especulativas *a priori*’ com que o idealismo alheio à ciência natural tanto dificultou a verdadeira ciência na primeira metade do século XX.

DELGADO (1969) afirma sobre as funções mentais: a imaginação permite conferir uma forma, uma figura, uma expressão aos conteúdos da experiência; a imaginação é capaz de produzir combinações de elementos tanto pré-existentes quanto ainda não experimentados. Acentuando ainda que “(...) *configuração e criação representam, assim, atributos fundamentais desta misteriosa força espiritual que, ao mesmo tempo em que fixa e, de certo modo, cristaliza os conteúdos da vida intelectual, os transforma, os renova, os orienta*” [tradução minha]. Deste modo, infere-se que a imaginação mantém íntima relação com os pressupostos individuais, o que em outras palavras, significa dizer que influenciam diretamente a imaginação criadora. Portanto, pode-se deduzir que a imaginação criadora goza de um certo grau de autonomia; razão esta que explica o fato de arbitrariamente imagens acabarem sendo formadas a partir de associações apenas conhecida no mundo psíquico, subjetivo donde também emergem os processos alucinatórios. Com isso a fantasia daí oriunda pode, quando sob a forma patológica de manifestação, criar uma realidade inverossímil e conturbadora. PAVLOV (1954) já afirmava que a “(...) *atualização das conexões já existentes não conduz a criação de algo novo. Para criar algo novo é necessário que as conexões que se haviam formado antes se combinem de maneira nova*” [tradução minha]; deste modo, vincula a imaginação às formações associativas de novas conexões temporais.

Conclui-se que a cognição mantém estreita relação com as imagens e com os conceitos, daí produzindo, por intermédio do intelecto, o conhecimento e a cultura.

LERSCH (1966) diz que esta qualidade que a imagem é capaz de conter torna sua impressão forte o suficiente para desencadear reações de aproximação ou distanciamento do conteúdo emocional que nela se encerra. Também compartilha deste pensar BUYTENDIJK (in PAIM, 1998, p. 26) ao afirmar que as imagens “(...) *são*”



aspectos subjetivos de determinados setores da realidade, fortemente matizados pelos sentimentos e importantes para o estado atual da nossa vida”.

RUBINSTEIN (1960) afirma que *“Toda imagem representada por nós aparece corretamente em relação com determinado significado, o qual se manifesta em uma palavra que designa um objeto. Este conteúdo semântico é o denominador comum da imagem e o conceito na palavra; sua comunidade semântica supera a usual confrontação do lógico-conceptual e do gráfico-sensível, ao incluir ambos os fatores como membros necessários ao processo mental real.”* [tradução minha], significando que a imagem mental mantém suas relações tanto com o objeto quanto com o conceito; e, o mais significativo é que os conceitos se formam a partir de um processo que envolve a eliminação, generalização e distorção das imagens.

Pode-se ainda analisar a qualidade das imagens pelo prisma da simplicidade. Neste caso a imagem apresenta uma qualidade a ser percebida por meio dos sentidos; no caso de ser tomada por sua complexidade se analisam simultaneamente mais de uma das qualidades que surgirem.

A patologia psíquica que envolve a imagem ocorre quando esta, autonomamente, persiste levando o indivíduo a impossibilidade de afastar-se das imagens (alucinações) que lhe causam mal-estar e são indesejáveis. No entanto, seu papel positivo pode ser compreendido quando PAIM (1998, p. 28) diz que *“A forma sensível da imagem é conservada.”*, se valendo disso é possível acionar tais conteúdos conservados para se criar uma representação, p. ex., dos momentos já vivenciados.

Para que se possa ter uma maior qualidade das distinções frente aos processos alucinações, é preciso compreender melhor as imagens, que podem assim ser descritas:

1. IMAGEM VISUAL

Estas estão projetadas no espaço interno (subjetivo) constituindo uma espécie de campo visual imaginário, variável conforme as pessoas e não correspondendo ao campo visual real. É um campo muito desenvolvido em pessoas criativas. As qualidades das imagens dependem de condições pessoais internas. PEILLAUBE (*in* PAIM, 1998, p. 29) afirma que *“(...) as imagens visuais e os conceitos abstratos se comportam de maneira antagônica”*. Admitindo a partir daí, indivíduos do tipo concreto e abstrato. No primeiro ocorrendo à imaginação visual; no segundo, a imagem não tem valor sógnico; e, PAIM (1998, p.29) conclui poeticamente dizendo que: *“Spinosa tinha razão ao dizer que nossas idéias racionais são, como nossas percepções, redutoras de imagens”*.

2. IMAGEM AUDITIVA

Não possuindo verdadeiro caráter sensorial, existem no tempo, pois não sendo passíveis de projeção no mundo subjetivo, são evocadas por meio de uma continuidade temporal. Sua importância nas psicopatologias são bem significativas, principalmente, nas alucinações auditivas. Seu destaque positivo se volta para o fato de que a aquisição de conhecimento se deve a capacidade de retenção de percepções auditivas, bem como, a capacidade de reproduzir tais imagens. PIERRE OLERÓN (*in* PAIM, 1998,



p. 30) falando das imagens musicais diz que “(...) *somente são nítidas e distintas na medida em que somos capazes de esboçar a sua imitação aproximativa.*”, portanto, a compreensão de uma imagem auditiva só se dá, de fato, por meio de uma experiência real. PEILLAUBE (loc. cit.) também pontua a importância da “palavra interior”, dizendo que a palavra mental, embora não tendo uma existência objetiva, portanto, estranha ao mundo fenomenológico, refere-se ao “estado do eu”, ao momento psíquico individual chegando a considerá-la “*uma manifestação sensível do pensamento.*” (loc. cit). E completa: “(...) *A imagem auditiva tem menos determinações concretas do que a imagem visual, o que não a impede de ser também material; tudo nela é individual, particular e relativo.*” (op. cit., p. 31).

3. IMAGEM TÁTIL

Procedendo das diversas regiões da superfície corpórea possuem precisão. São evocadas de modo isolado por estarem associadas a diversos tipos de imagens. Também não reproduzem fielmente a percepção originária sendo, na verdade, simplificações daquelas; tendem ao esmaecimento em função do tempo, a retenção das sensações encontra-se diretamente ligada à intensidade do componente afetivo a ela associado (sexuais, traumáticas, etc.). Patologicamente, são as manifestações agressivas que irão sobressair determinando um transtorno do comportamento e adequação, no entanto tende a uma manifestação limitada.

4. IMAGENS GUSTATIVA E OLFATIVA

São pobres em seus aspectos representativos, pois é rara a reprodução voluntária de tais imagens. Cabe notar que nos casos patológicos tais imagens tornam-se mais perceptíveis. Nos casos alucinatorios, ambas as imagens aparecem, quase que unicamente, representando aspectos desagradáveis.

5. IMAGEM CINESTÉSICA

Resultam de percepções proprioceptivas, dando a consciência de deslocamento das partes do corpo, não se encontrando tais imagens isoladamente, uma vez que a percepção de qualidade, aqui abordada, está ligada ao movimento. Afirma SPAIER (in PAIM, 1998, p. 33) que “(...) *aquilo que se denomina imagem cinestésica representa um conjunto de imagens visuais e táteis em movimento*”. São resultantes das contrações musculares, em outras palavras, do movimento do corpo. Conforme PEILLAUBE (in PAIM, 1998, p.33), há uma memória que fixa as impressões aos movimentos corpóreos permitindo uma acessibilidade por meio de uma representação desencadeando uma sensação, assim sendo, afirma “(...) *a imagem motora, como todas as imagens, mantém estreitas relações com a sensação. (...) O seu papel é universal em psicologia; não somente ela constitui a forma predominante na memória e na imaginação de certas*



peças, como exerce a sua influência em todos os modos de atividade da vida interior.” (op. cit., p. 34).

6. IMAGEM CENESTÉSICA

Proporcionam a percepção e, o sentimento de existência do corpo. SPAIER (in PAIM, 1998, p. 34) diz que as imagens cenestésicas "(...) não se prestam jamais à evocação, e nos sonhos – onde, como todas as imagens, costumam aparecer com o máximo de intensidade e nitidez – é impossível afirmar que não se trata de verdadeiras percepções ampliadas e desfiguradas pela interpretação extravagante do sonhador”. Estas imagens constituem-se de um conjunto de impressões complexas. São muito pobres em elementos sensoriais representativos. Sua evidenciação se faz possível de ser observada nos transtornos psíquicos esquizofrênicos.

7. IMAGEM VISUAL INTUITIVA

Observada em jovens em estado de vigília, em condições psíquicas normais. Também denominadas “eidéticas”, se caracterizam pela riqueza de pormenores, clareza de definição, origem intuitiva e duração, podendo ser projetadas em qualquer espaço. Este tipo de imagem obedece à ação das tendências afetivas. JAENSCH (in PAIM, 1998, p. 35) considera a existência de dois mecanismos na formação de tais imagens: (1) eliminação, que daria fim a qualquer traço desagradável ou antiestético da imagem; e, (2) impedimento, bloqueando a formação da imagem desagradável. Sua importância reside no fato de poderem ser confundidas com estados psicopatológicos, de tal sorte que os fenômenos eidéticos guardam uma certa proximidade com as alucinações, notadamente, as alucinações visuais dos alcoólatras. Nestes casos, representações podem adotar aspectos de visões, portanto, com característica de percepção conforme afirma STÖRRING (1955) ao contar sobre uma pessoa, com disposição eidética, que ao ir visitar a família, foi saudado pelo cão, já seu conhecido, chegando a acariciar o mesmo. Ao contar para os familiares que o cão o reconheceria, foi informado que o mesmo já havia morrido.

8. IMAGEM CONSECUTIVA

São estímulos sensoriais de grande intensidade e duradouros mesmo após a cessação do estímulo, segue-se imediatamente ao estímulo, porém vai esmaecendo até que desaparece (como ocorre quando se foca um determinado ponto e ao voltar-se o olhar para uma parede branca, a imagem ali é projetada e vai se apagando lentamente).

9. IMAGEM FANTÁSTICA



Não correspondem a nenhuma experiência sensorial concreta, resultando de integrações de inúmeros elementos imagéticos. Assim sendo, é uma elaboração da livre atividade da imaginação, por assim ser são fantásticas. São experimentadas num estado em que a lucidez consciente se encontra reduzida. Se existe integridade do psiquismo tais imagens são admitidas como produto da atividade intelectual como ocorre com as lendas, mitos e contos.

10. IMAGEM ONÍRICA

Constituem o conteúdo dos sonhos. São imagens visuais ou fantásticas que acabam correspondendo ao mundo objetual. Caracterizam por sua vivacidade, mobilidade, projeção no espaço interno e ilogismo, constituindo um produto psíquico individual, regido por leis inconscientes tais como: condensação, deslocamento, simbolização e elaboração secundária expressando desejos subjacentes. Derivam, ainda, de alguma vivência específica, uma vez que, cf. PAIM (1998, p. 38) “*Todo conhecimento intuitivo é conhecimento experimentado.*”, representando uma forma de expressão pessoal. São ainda, intemporais e inespaciais.

Para finalizar este capítulo é relevante se considerar o modelo organodinâmico, conforme visto até aqui, para que seja possível compreender que nas alucinações surge uma desestruturação do campo da consciência e do próprio ser consciente, cujas necessidades subjetivas superam a realidade objetiva. Por isso, esta necessidade de construção de uma nova realidade, a qual, defensivamente, se constitui de alucinações várias com o propósito de atender um psiquismo exigente. As alucinações com estas características, ou seja, originárias de um dinamismo psíquico desestruturado, têm sido consideradas por alguns, conforme afirma BALLONE (1999), como uma espécie de “mecanismo de defesa do ego”. Portanto, o fenômeno alucinatório, sem nenhuma sombra de dúvida, é um acontecimento extremamente mórbido e doentio, patológico e alienante, causador de grande sofrimento tanto para quem alucina quanto para aqueles que com ele convivem. Tal ocorrência jamais poder ser entendida como algo benéfico e produtor do crescimento da personalidade. Em se tratando de um tipo de “mecanismo de defesa” da personalidade, pela magnitude de tal mecanismo e pelo seu expressivo teor de morbidade, podemos, indiretamente, suspeitar do grau de desestruturação psíquica do ser que alucina.

Conclui-se que as imagens são conteúdos representativos que guardando elementos sensoriais do mundo fenomenológico mantendo um nexos entre os aspectos psíquicos objetivo e subjetivo. Assim sendo, a imagem se dará a conhecer quando na ausência do objeto a partir de sua natureza representativa.

Desta forma procedeu-se uma análise dos aspectos fundamentais de cunho neurofisiológico, patológico e psicológico que se fazem necessários à compreensão do estudo dos sintomas alucinatórios que serão desenvolvidos na seqüência desta pesquisa.



CAPÍTULO IV

CLASSIFICAÇÃO DAS ALUCINAÇÕES

As alucinações não podem ser consideradas exclusivas desta ou daquela psicopatia específica, porém, de um modo geral, estão estatisticamente mais associadas às ocorrências psicóticas, notadamente à Esquizofrenia. Existe uma tendência em argumentar com o paciente que alucina, através de elementos da lógica, num esforço racional para demover do paciente distúrbio da sensopercepção. A possibilidade de se suprimir uma alucinação através da argumentação sensata é improcedente e, caso isso aconteça, não estaremos diante de uma alucinação genuína, mas de um engano sensorial. A alucinação verdadeira é irremovível pela lógica, daí o fato de ser considerada “real” para aquele que alucina.

Baseando-se no acima exposto, há que se considerar que as “alucinações” mais freqüentes costumam se apresentar sob a forma de sons inespecíficos, tais como chiados, zumbidos, ruídos de sinos, roncões, assobios, ou vozes, as quais podem ter as mais variadas características: diálogos entre mais de um interlocutor, comentários sobre atos do paciente, críticas sobre a pessoa que alucina, podem ainda, proferir injúrias e difamações, comunicar informações fantásticas, sonorizar o pensamento do próprio paciente ou de terceiros. Na idéia do paciente tais vozes podem ser provenientes do além, do sobrenatural, dos demônios ou de Deus, etc. O “ato perceptivo” de um fenômeno, p. ex., de perceber uma voz que não existe configura uma alucinação propriamente dita; diferentemente do “ato interpretativo”, pois caso o elemento interpretativo seja evidenciado, como p. ex., interpretar a voz como sendo a voz do demônio, de Deus, dos espíritos mortos ou uma audição telepática já faz parte do processo delirante e não alucinatório. Este, freqüentemente, acompanha a alucinação. É importante acentuar que o conteúdo das alucinações é variável, porém, guarda sempre uma íntima relação com a condição cultural do paciente que alucina. Não é comum alucinar com alguma coisa que não faça parte do mundo psíquico do paciente. A sofisticação e exuberância do material alucinado, muitas vezes, estão na dependência do aporte cultural daquele que alucina, porém, e isto é importante ressaltar, não interfere na valorização semiológica do fenômeno. Assim sendo, ouvir vozes faz parte da sensopercepção e atribuir a elas algum significado faz parte do pensamento.



As alucinações podem ser classificadas como sendo elementares ou complexas. No primeiro caso, contém elementos pertinentes à sensação, tais como: ruído, calor, etc.; no segundo, contém imagens e sons, p. ex., pessoas, objetos, palavras, etc. A importância de tais diferenciações recaem sobre o fato de que algumas patologias que acometem o sistema nervoso (como lesões) ou os órgãos dos sentidos produzem alteração da sensopercepção, sem contudo, se tratar de alucinações desencadeadas por fatores psicogênicos.

Ao se estudar as alucinações é possível distinguir variados tipos, tais como:

1. ALUCINAÇÃO AUDITIVA

Geralmente, a “alucinação auditiva” é recebida pelo paciente com muita ansiedade e contrariedade, pois, na maioria das vezes, o conteúdo de tais vozes é desabonador, acusatório, infame e caluniador. Estas podem aparecer sob forma (1) elementares: quando a percepção diz respeito a sons inespecíficos, tais como chiados, zumbidos, ...; e, nos casos de gravidade patológica, são classificadas como (2) complexas: neste caso se percebem vozes bem definidas.

São as mais freqüentes e importantes. O enfermo pode ouvir desde de uma única voz até variadas vozes; podem, ainda, ser de crianças, masculina ou feminina; também podem vir de direções diversas, interna ou externa. Por vezes, observa-se que estas alucinações são acompanhadas de uma convicção inabalável que pode produzir uma reação violenta por parte do enfermo caso esse se sinta, p. ex., ameaçado pela voz que ouve. Também podem associarem-se a percepções delirantes.

Destacam-se três tipos de alucinações auditivas:

1. 1. AUTOMATISMO MENTAL

Observa-se que algumas vezes as vozes alucinadas podem determinar ordens ao paciente, o qual as obedece mesmo contra sua vontade. Diante desta situação, de obediência compulsória às ordens ditadas por vozes alucinadas, chama-se “automatismo mental”. Esta situação oferece alguma periculosidade, já que, quase sempre, as ordens proferidas são eticamente condenáveis ou socialmente desaconselháveis. No início do quadro, quando o enfermo ainda possui controle sobre sua personalidade, é possível resistir à influência das vozes; com o agravamento da patologia o enfermo sucumbe passivamente à influência das vozes, que na maioria das vezes, se mostram opressivas, autoritárias. Quando sob a influência das vozes, ocorre a despersonalização acompanhada de conteúdo afetivo angustiante.



1. 2. SONORIZAÇÃO DO PENSAMENTO

Ocorre quando as vozes ditam antecipadamente as atitudes do paciente fala-se em “sonorização do pensamento”, como se ele pensasse em voz alta ou como se alguma voz estivesse permanentemente comentando todos seus atos: "lá vai ele lavar as mãos", "lá vai ele ligar a televisão" e assim por diante.

É uma alucinação acústico-verbal. Apresenta-se freqüentemente nos momentos em que o enfermo se dispõe a ler ou escrever, combinando alucinações acústicas com motoras verbais. Pode ser percebida sob a forma de voz sussurrada ou austera. WYRSCH (*in* REICHARDT, 1955) considera que este tipo de alucinação se aproxima dos limites em que as imagens perdem sua corporeidade que são os verdadeiros elementos da percepção e da alucinação.

1. 3. VOZES SOB A FORMA DE DIÁLOGO

O diálogo alucinatório é percebido como ocorrendo entre duas pessoas. O que é percebido como sendo dito pode ser agradável ou não. O tema pode não se referir ao enfermo, mas existem os temas auto-referenciais. Essas discussões podem ter curta ou longa duração o que produz alterações emocionais no enfermo. É comum nos diálogos auto-referenciais a existência de uma voz condenando e outra defendendo. Pode, ainda, ocorrer à escuta de diferentes conteúdos em cada ouvido.

2. ALUCINAÇÃO VISUAL

As “alucinações visuais” são percepções visuais de objetos que não existem, tão claras e intensas que dificilmente são removíveis pela argumentação lógica. Mesmo o paciente referindo ter visto apenas vultos, tais vultos são muito fielmente percebidos, portanto são reais para a pessoa que os percebe. O objeto alucinado pode não ter uma forma específica, portanto, são classificadas como (1) elementares: clarões, vultos, sombras, ...; ou terem formas definidas, neste caso também são chamadas de (2) complexas, tais como pessoas, monstros, animais, ...

Apresentam-se preferencialmente nos estados de perturbação da consciência. Nos casos em que se observa intoxicação, as alucinações podem se manifestar de forma microscópica, com imagens instáveis, móveis, ou seja, dotadas de forma e cor; podendo, até mesmo, serem seqüenciais (como num filme). O componente emocional vinculado às imagens percebidas podem produzir alterações do humor, acarretando atitudes que variam da agressividade e exaltação à depressão e alheamento.

Destacam-se os seguintes tipos:



2.1. ALUCINAÇÃO ONIRÓIDE

Há determinadas ocasiões onde o transtorno visual alucinatorio adquire a consistência de uma cena, uma situação como, por exemplo, ver uma carruagem passando pelo paciente e dela descer um príncipe. Neste caso falamos em “alucinações oniróides”, como se transcorresse num sonhar acordado.

2.2. ZOOPSIAS

No *delirium tremens* do alcoolista, por exemplo, as alucinações visuais têm uma temática predominantemente de bichos e animais peçonhentos (cobras, aranhas, percevejos, jacarés, lagartos) e, neste caso, dá-se o nome de “zoopsias”, promovedoras de grande ansiedade e apreensão.

2.3. ALUCINAÇÃO AUTOSCÓPICA

Nas situações onde o paciente se vê fora de seu próprio corpo fala-se em “alucinações autoscópicas”.

Por se tratar de uma variedade da alucinação visual, o enfermo percebe a sua imagem corporal como se estivesse diante de si mesmo. Esta deve ser compreendida como consequência de perturbações na integração da personalidade, bem como, uma transposição visual de alucinações proprioceptivas. Estas alucinações podem ser ainda internas ou externas; nesta, o paciente percebe a imagem do seu próprio corpo; naquela, percebe uma região corporal ou órgãos isoladamente. As alucinações autoscópicas são observadas nos estados de obnubilação de fundo infeccioso ou nas intoxicações exógenas (por substâncias alucinogênicas).

2.4. ALUCINAÇÃO EXTRACAMPINA

Quando o paciente consegue ver cenas e objetos fora de seu campo sensorial, como enxergar do lado de fora da parede, têm-se as “alucinações extracampinas”, portanto, a visão, o olfato, etc. se localiza fora do campo sensorial, p. ex., o enfermo diz ver pessoas que estão atrás de si ou estar sentindo um odor que vem detrás de suas costas.



É importante mencionar que o enfermo não valoriza tais sintomas como patológicos. Pode se verificar, nestes casos, desde uma simples fantasia imaginativa até alucinações propriamente ditas.

BLEULER (1960) comenta que “*Não se trata, nesses casos, de ‘percepções sensoriais’, mas de fenômenos que pacientes inteligentes, com capacidade para discutir esses problemas, equiparam a percepções.*” [tradução minha], e em seguida afirma que os enfermos portadores deste tipo de alucinação “*(...) não podem escapar de suas espantosas visões, mesmo porque elas não alteram a sua localização no espaço.*” (loc. cit.).

2.5. ALUCINOSE PEDUNCULAR

É um estado alucinatório de natureza hipnagógica, caracterizado por sucessivas imagens visuais, dotadas de movimento, cor e variedade; surgindo, em sua maioria, ao anoitecer, não sendo acompanhada de ansiedade nem delírios; por vezes, o enfermo mantém sua capacidade crítica em relação às imagens. Mas, normalmente estas alucinações se fazem acompanhar de alterações da consciência tipicamente oníróide.

3. ALUCINAÇÃO TÁTIL OU DE CONTATO

A percepção de estímulos táteis sem que exista o objeto correspondente é observada principalmente nas psicoses tóxicas e nas psicoses delirantes crônicas. Nestes casos, principalmente no *delirium tremens* ou na dependência de cocaína, o paciente sente-se picado por pequenos animais, insetos esquisitos, vermes que caminham sobre a pele, pancadas, espetadas, queimaduras, animais que penetraram em algum orifício fisiológico, etc. Não são raros os casos de alucinação tátil que se caracteriza pela sensação de ter-se às pernas puxadas à noite ou ocorre estrangulamento, sufocação, ou ainda, opressão antes de conciliar o sono.

É importante salientar que, em determinadas situações, existe uma certa dificuldade em se diferenciar as alucinações táteis de alterações cenestésicas ou, ainda, fantásticas. Isto ocorre quando os sintomas mencionados fazem referência a sintomas tais como: parestesias e sensações de queimação pelo corpo.

As alucinações de contato, em sua maioria, tem por localização as áreas erógenas, sendo mais freqüente no sexo feminino, queixando-se de terem sido violentadas ou estarem sendo masturbadas.

As sensações são, geralmente, percebidas com fim maléfico ou molestador. De modo geral, tais alucinações possuem conteúdos desagradáveis. As exceções se verificam em delírios místicos por entender, os enfermos, que suas experiências táteis tem algo de divino.



4. ALUCINAÇÕES CENESTÉSICA e CINESTÉSICA

Quando esta percepção falseada diz respeito aos órgãos internos ou ao esquema corporal falamos em “alucinações cenestésicas”. Nestes casos os pacientes sentem como se tivessem seu fígado revirado, esvaziado seu pulmão, seus intestinos arrancados, o cérebro apodrecido, o coração rasgado, e assim por diante. Podem estar relacionadas com sensações anormais em diferentes partes do corpo; ocorrem preferencialmente no sexo feminino; e, envolve, na maioria das vezes, os órgãos genitais. O componente genital envolvido pode estar associado a traumas nas zonas erógenas. Geralmente se associam com delírios de influência física.⁸ Fazem-se acompanhar de um sentimento de estranheza e perplexidade.

As alucinações cenestésicas devem ser diferenciadas das “alucinações cinestésicas”, que não dizem respeito à sensação tátil, mas sim aos movimentos (cinemovimento).

Nas cinestésias os pacientes percebem as paredes movendo-se ou eles próprios movendo-se no espaço. Observa-se com frequência em síndromes de abstinência ao álcool ou à cocaína. A alucinação tátil dolorosa distingue-se da dor psicogênica, na qual não existe interpretação delirante. Relacionam-se com os movimentos, com o equilíbrio. O enfermo relata que, por vezes, sente seu corpo fazer determinados movimentos por conta própria. Destacam-se em enfermidades neurológicas como parkinson, miastenia grave e epilepsia; porém, também são encontradas em psicóticos e histéricos (sentimento de voar, estar suspenso no ar, afundando no chão, etc.).

5. ALUCINAÇÕES OLFATIVA E GUSTATIVA

Estão, frequentemente, associadas e são raras. Expressão estados delirantes cujo tema diz respeito à putrefação, o gosto e os odores podem ser muito desagradáveis e são percebidos, como é típico de todas as alucinações, sem que exista o objeto correspondente ao gosto e ao cheiro. Algumas auras epiléticas determinam o aparecimento de alucinações gustativas e/ou olfativas. Em geral os gostos alucinados aparentam ser de sangue, terra, catarro ou qualquer outra coisa desagradável; os odores podem ser desde perfumes exóticos até de fezes.

6. ALUCINAÇÃO DE HUMOR

São congruente e incongruente - idéias delirantes ou alucinações que podem ser concordantes com o humor do sujeito ou antagônico ao mesmo.

⁸ **Delírios de influência física:** sensações anormais impostas do exterior por meio de aparelhos. [N. do A.]



7. ALUCINAÇÃO SOMÁTICA

São percepções relacionadas ao interior do corpo, por exemplo, dores, pressões, calores. Distingue-se da preocupação hipocondríaca na medida em que se verifica na alucinação somática uma interpretação delirante de uma doença física.

8. ALUCINAÇÃO LILIPUTIANA

Trata-se de uma alucinação na qual, ao lado da percepção normal dos objetos e pessoas que rodeiam o enfermo, encontram-se uma série de personagens minúsculos, isolados ou acompanhados de pequenos animais. LHERMITTE (*in* PAIM, 1998, p. 45) assiná-la “(...) *esses fantasmas liliputianos se apresentam como anões (...), e não determinam reações desagradáveis nos indivíduos que os percebem. Ao contrário, o alucinado parece se alegrar (...)* Acontece que o alucinado tem a impressão de que pode deslocá-los com a mão ou com um sopro”.

9. ALUCINAÇÃO PSÍQUICA

É um fenômeno alucinatório de difícil interpretação. As imagens não têm um caráter sensorial e objetivo. Os relatos dão conta de uma comunicação sem a utilização da palavra, como que telepaticamente; é uma linguagem interior, um diálogo silencioso. Sua denominação “psíquica” se deve ao fato de não possuir elementos sensoriais.

10. PSEUDO-ALUCINAÇÃO

Produtos patológicos de atividades representativas. São dotadas de clareza sensorial, percebidas numa espécie de espaço subjetivo. Distinguem-se das alucinações uma vez que as imagens visuais e vozes estarem localizadas no interior da cabeça ou internamente ao corpo; e, pelo fato das imagens percebidas carecerem de objetividade. Pois contrariamente, nas alucinações as imagens e vozes são projetadas para o exterior ou para o espaço objetivo; bem como, a nitidez das produções imagéticas são convincentes para o enfermo que as percebe realisticamente.

11. VISÃO FANTÁSTICA

É um fenômeno psicopatológico raro, constituído por imagens projetadas no campo visual subjetivo; são variados, móveis e coloridos; manifestam-se espontânea ou



volitivamente e acompanha-se de tonalidade afetiva agradável. Portanto, precisa que haja uma disponibilidade do enfermo para que ocorra.

12. ALUCINOSE

São estados alucinatorios agudos observados nos alcoolistas. São caracterizadas por alucinações auditivas verbais, de grande nitidez sensorial, com vivência angustiante, e preservação da consciência, orientação e crítica. Esta última característica é utilizada para diferenciar a alucinose da alucinação.

Concluída esta proposta classificatória, torna-se necessário conhecer os elementos originadores do desenvolvimento patológico dos processos alucinatorios, o que será feito no próximo capítulo.



CAPÍTULO V

ETIOLOGIA DAS ALUCINAÇÕES

Há muitos anos consideram-se as alucinações como fenômenos patológicos de origem central. Em fins do século XIX, as teorias davam conta de serem as alucinações frutos de uma excitação dos centros corticais, por ser aí o local final das vias sensitivo-sensoriais. Chegou-se a cogitar que a alucinação seria o equivalente a uma “epilepsia” dos centros sensoriais. O avanço tecnológico, como p. ex.: a eletroencefalografia, trouxe esclarecimentos à patologia, uma vez que PENFIELD (1954) conseguiu reproduzir fenômenos ilusórios se valendo da estimulação elétrica do lobo temporal de pacientes epiléticos com crises psíquicas.

Para PAVLOV (1954) o mecanismo fisiopatológico das alucinações reside na concentração da inércia patológica do processo de excitação. Assim explicada, a alucinação pode ocorrer num sistema de sinais, o que as produziria sob a forma imagética; ou, num segundo sistema de sinais, o que produziria uma alucinação idiomática (por palavras). Ocorre que a inércia produzida no processo de excitação, condicionando a repetição estereotipada das imagens ou palavras, concentra-se nas regiões corticais visuais e auditivas, em outras palavras, nos órgãos do sentido. Assim sendo, se projetam para o exterior caracterizando a alucinação verdadeira.

Já POPOV (*in* PAIM, 1998, p. 62), contrariamente a Pavlov, assevera que as alucinações estão baseadas num processo de inibição parcial do córtex cerebral sugerindo que as alucinações surgem nos estados, que denomina, de “fase igualitária e paradoxal”. No primeiro, os traços de imagens são registrados em conformidade com a tonalidade afetiva atual; no segundo, o mundo ao redor é percebido de forma deficiente ou nula e a carga afetiva é vivida irrealisticamente intensificada. Como esta pesquisa teve por base pacientes em períodos de adormecimento e despertar, Popov acabou demonstrando a relação existente entre o sono e as alucinações; assim sendo, as alucinações e o sono podem ser compreendidos como sendo uma inibição difusa das partes superiores do cérebro. KANDINSKI (*in op. cit.*, p. 63) afirmava que “(,,) *as alucinações são sonhos em vigília e que os sonhos são alucinações percebidas por pessoas adormecidas.*”, isto reforça



a proposição defendida por Popov; tanto assim, que quando se está sonhando não se faz julgamento crítico nem, tampouco, se questiona a realidade das imagens experimentadas. Pode-se concluir que as características alucinatórias são também encontradas nos sonhos.

ESQUIROL (in BALLONE, 1999) considerava a loucura como sendo a somatória de dois elementos: uma causa predisponente, atrelada à personalidade, e uma causa excitante, fornecida pelo ambiente. Hoje em dia, depois de muitos anos de reflexão e pesquisas, a psiquiatria moderna reafirma a mesma coisa com palavras atualizadas. O principal modelo para a integração dos fatores etiológicos da esquizofrenia é o modelo estresse-diátese, o qual supõe o indivíduo possuidor de uma vulnerabilidade específica colocada sob a influência de fatores ambientais estressantes (causa excitante). Em determinadas circunstâncias o binômio diátese-estresse proporcionaria condições para o desenvolvimento da esquizofrenia. Até que um fator etiológico para a doença seja identificado, este modelo parece satisfazer as teorias mais aceitas sobre o assunto.

GUILIAROVSKI (1954) enfoca o assunto considerando o fato clínico de que as alucinações, com frequência, surgem nos estados intermediários de vigília e sono, pois quando há inibição cortical profunda não ocorre alucinação; portanto, para o pesquisador, a natureza fisiopatológica das alucinações guarda estreita relação com a inibição cortical. PAIM (1998, p. 64) completa este raciocínio ao mencionar que *“Nos estados alucinatórios há uma excitação das extremidades corticais dos analisados. Por essa razão, os transtornos mentais nos cegos de nascença não se acompanham de alucinações visuais”*.

Conforme a teoria desenvolvida por JUNG,⁹ na doença mental o inconsciente começa a sobrepor-se à consciência, de tal modo que se rompem as barreiras de contenção do inconsciente e as alucinações apresentam claramente à consciência uma parte do conteúdo ali depositado, o qual passa para seu domínio. Assim sendo, as alucinações (assim como os delírios) não surgiriam de processos conscientes, mas sim, inconscientes, cujos fragmentos brotariam na consciência tal qual no sonho, ou seja, dissociados. Isso leva a afirmação metafórica de que a loucura pode ser entendida como um sonhar acordado, ou, por outro lado, que o sonho é uma espécie de loucura dos lúcidos. A doença mental, para JUNG, faria acionar um mecanismo previamente existente e que funciona normalmente nos sonhos.

A psicopatologia não pode descartar esta possibilidade junguiana, a do sonhar acordado para a loucura, tal como uma espécie de erupção do material inconsciente traduzindo-se em alucinações na consciência. Uma ocorrência patológica seria capaz de produzir a eclosão do inconsciente, a ponto de perder-se o contacto com a realidade e não saber mais onde termina o sonho e começa o real. Apesar destas reflexões psicodinâmicas atenderem satisfatoriamente a compreensão do fenômeno, é prudente considerar e aguardar futuras pesquisas, no campo da fisiopatologia, que possam vir a corroborar com as descobertas de Jung, como é o caso das alterações neuromoleculares, atualmente relacionadas solidamente à ocorrência dos sintomas alucinatórios.

Ainda na linha humanístico-filosófica, as alucinações podem ser avaliadas e estudadas como um mecanismo de defesa extremamente patológico, acredita-se que as

⁹ Em suas Obras Completas (Collected Works - CW)



alucinações sejam uma espécie de defesa do ser social ante uma cultura esquizofrenizante; uma tentativa de criação de um mundo próprio de sons e imagens que enriqueceriam a personalidade. Os transtornos mentais e seus conteúdos alucinatórios sempre existiram em todas as épocas e em todos os lugares na civilização humana, fato que deveria sugerir, então, nunca ter existido uma cultura não-esquizofrenizante. No entanto, muitas das vezes, o “funcionamento” social desses pacientes não está prejudicado, apesar da existência dos processos alucinatórios. A maioria dos pacientes pode parecer normais em seus papéis interpessoais e ocupacionais, entretanto, em alguns o prejuízo ocupacional pode ser substancial e incluir isolamento social. Também o relacionamento conjugal pode sofrer prejuízos. Os processos alucinatórios com comprometimento social mais acentuado costumam ser a regra. A impressão que se tem é a de que existem instâncias reservadas, predominantemente alucinatórias, disseminadas numa coletividade de padrões tidos como ícones de normalidade e sanidade.

JUNG (CW) considera ainda o fato de que as diversas culturas e sociedades ao acompanhar essa diversidade evolutiva acabam por perceber o mundo objetal de diferentes maneiras, portanto, implicando no fato de que um mesmo objeto é percebido em diferentes sistemas culturais por meio de interpretações semiológicas completamente diversificadas. Para uma criança criada nos grandes centros urbanos, p. ex., quando perguntada sobre quem ou o que ela usa para representar “o melhor amigo do homem”, metaforicamente, a resposta poderá ter por signo “o cão”; no entanto, para uma mesma criança, que teve sua criação concentrada nas áreas rurais, a resposta pode ser “o cavalo”, uma vez que os animais de estimação diferem da zona rural para a urbana. Essas comparações antropológicas do funcionamento perceptual entre diferentes culturas fazem supor que as diferenças na percepção das propriedades do mundo objetal fundamentam-se nos diferentes níveis de aprendizagem e diferentes experiências vivenciadas com objetos, também em diferenças na capacidade para identificar tais objetos, embora essas diferenças não se fundamentem em diferenças mais profundas no processo geral de funcionamento da percepção.

Outro ponto a ser considerado são os valores culturais atribuídos aos objetos, às relações e aos acontecimentos, também podem desempenhar um papel significativo na maneira pela qual os objetos são percebidos. Os habitantes das ilhas Trobriand (Nova Guiné), por exemplo, apegavam-se a uma crença básica, segundo a qual uma criança não poderia jamais ser fisicamente semelhante à sua mãe ou a seus irmãos e irmãs mas apenas ao seu pai (JUNG, 1973, CW 5). Mesmo quando, para um estranho, havia uma notável semelhança física entre dois irmãos, os nativos eram incapazes (ou não queriam ser capazes) de descobrir qualquer semelhança. Além disso, havia uma tendência inversa para exagerar o menor grau de semelhança facial entre o pai e os filhos. Como existe considerável amplitude quanto aos aspectos de um objeto que a pessoa pode focalizar e acentuar, também podem existir notáveis diferenças a respeito desses aspectos entre várias culturas. As experiências perceptuais que se tem ao olhar um borrão de tinta, por exemplo, são descritas de maneiras bem diferentes, por pessoas de diferentes sociedades. Essas diferenças, na ênfase perceptual, podem ser interpretadas como reflexos dos valores culturais desses povos.



Outras implicações referem-se às variações fenotípicas e genotípicas, o primeiro fator, para JUNG (CW), estaria relacionado, de certa forma, com o desenvolvimento da *persona*¹⁰ que se dá à custa da experiência, do contexto geográfico e cultural; e o segundo fator, engloba as variações na constituição biológica, na capacidade sensorial e cerebral. A singular constituição da pessoa, suas habilidades específicas, seus motivos, seus valores e seus traços constituem sua personalidade. Há diferenças significativas na percepção do mundo, associadas a diferenças de personalidade. Isto é de tal importância que se observa, historicamente, uma tendência em se descrever e classificar as pessoas através do estudo de como as pessoas percebem o mundo a sua volta. Há um conjunto, cada vez maior, de pesquisas sobre relações entre as características da personalidade e a maneira de perceber o estímulo físico. É de observação corrente, por exemplo, que a percepção das coisas pode ser alterada pelo conhecimento, pela motivação, pelo estado emocional e por outras condições fisiológicas. Estes estados influenciam tanto a sensibilidade a objetos, como as propriedades percebidas neles.

A experiência com um objeto também leva a mudanças significativas na maneira pela qual este é percebido: seu reconhecimento se torna mais fácil, o objeto é organizado perceptivamente de maneira diferente levando ao aparecimento de novas propriedades. Por assim ser, tem-se observado que as capacidades sensoriais, capacidades para descobrir os estímulos e distingui-los uns dos outros, pode ser desenvolvido com a prática e são estas mudanças na percepção que tornam os novos aspectos, qualidades e impressões essenciais ao processo de aprendizagem.

A compreensão científica dos processos de motivação e emoção abrange o estudo da maneira pela qual os estados de motivação influem na percepção. Um sabor, p. ex., é notado mais rapidamente pelo faminto do que pelo saciado e, além disso, parece também mais apetitoso ao faminto; assim sendo pode-se inferir que dependendo da motivação as percepções podem ser modificadas. Há também influências fisiológicas nas percepções como ocorre nos estados associados à doença, à gravidez, à menstruação, à perda temporária ou definitiva, entre outros. A experimentação científica concorda haver influências impressionantes na percepção, produzidas por drogas e pelo álcool como alterações na percepção da intensidade dos estímulos, períodos perceptuais desconfortantes tais como: ver monstros, sentir parestesia ou calor excessivo em seguimentos do corpo.

A organização perceptual muitas vezes reflete os fatores pessoais daquele que percebe, tais como suas necessidades, emoções, atitudes e valores. A extensão em que isso ocorre depende das predisposições adequadas. Quanto mais forte a necessidade de uma pessoa, mais fortemente estará, “perceptualmente”, predisposta para determinados aspectos significativos a essa necessidade no campo perceptual. Muitos estudos experimentais foram feitos a respeito desse fato. Testes demonstraram que palavras ditas de forma incompletas são comumente completadas como palavras referentes, p. ex., a alimento por pessoas com fome, do que por pessoas alimentadas. Também sujeitos com mais fome, ao

¹⁰ **Persona:** representa o “eu” que utilizamos e com o qual nos relacionamos com o mundo exterior. [N. do A.]. Afirma JUNG (1976, CW 9i, par. 801) que “A *persona* é (...) *um complexo funcional que passa a existir por razões de adaptação ou conveniência pessoal*”.



olhar para imagens pouco estruturadas projetadas numa tela, tendem a ver mais objetos de alimentação do que os sujeitos com menos fome.

Outro fator é o estado emocional que pode exercer influência nos processos de percepção e de pensamento. Exemplificando, pessoas submetidas ao confinamento por longo tempo (em programas do tipo “reality shows”) começam a tratar com indiferença indivíduos que possuem um humor espontâneo pelo fato de estarem começando a experimentar momentos depressivos um maior número de vezes passando a perceber tais momentos como naturais, e o humor mais elevado, como agressivo e debochado. Também, existe a tendência para que a predisposição a perceber o mundo objetal ocorra de acordo com valores éticos, morais, culturais. Um teste que consta da projeção rápida de uma lista de palavras mostra maior facilidade para percepção de algumas palavras atreladas a valores da pessoa que as reconhecem. Há tendências nítidas para o reconhecimento mais rápido nas palavras relacionadas com os valores do indivíduo. Além do fato de existirem tendências para percepções distorcidas de palavras estimuladoras dos valores da pessoa. Todavia, é complexo e difícil afastar as variáveis de tais experimentos, pelo fato das palavras mais valorizadas serem também aquelas que, provavelmente, também são as que mais freqüentemente aparecem na experiência da pessoa. Portanto, há certas predisposições perceptuais determinadas pelo desejo, vontade ou necessidade da pessoa que variam quanto à especificidade, duração, relação com outras predisposições. E ainda as predisposições diferem também quanto à sua duração sendo que algumas são extremamente rápidas e outras mais duradouras.

Nas últimas décadas, devido a uma grande variedade de métodos laboratoriais e analíticos, a investigação genética deu um grande salto com enfoque sobre fatores moleculares, denominando-se, então, genética molecular. Entre as mais variadas áreas do desenvolvimento humano, houve um grande interesse da comunidade científica internacional nos estudos genéticos e moleculares, o que nos remete, ainda no campo etiológico, ao papel desempenhado pelo contexto familiar nesta exploração dos caminhos que levam aos processos alucinatórios. Há suficientes evidências da presença de um componente genético familiar substancial na origem dos processos alucinatórios, notadamente quando ocorrem na esquizofrenia. Essas evidências provêm de um grande número de estudos familiares, em irmãos gêmeos, não gêmeos e adotados, realizados em diversas populações. Os estudos familiares não fornecem uma avaliação direta e localizada do componente genético, mas sim uma idéia do caráter familiar para o comprometimento perceptual do mundo fenomenológico. Esse caráter familiar poderia ser ocasionado por diversos fatores, entre os quais os fatores hereditários.

Comumente, esses estudos familiares avaliam a prevalência do comprometimento nos parentes de uma pessoa afetada e a compara com a prevalência do comprometimento num outro grupo de população chamado de grupo controle. Em geral esse grupo controle é representado por parentes normais ou, mais freqüentemente, pelos índices de prevalência da população geral.

Apesar de um grande número de estudos familiares já terem sido realizados até a década de 80, os estudos mais recentes são, geralmente, considerados de maior validade. Essa maior confiabilidade deve-se ao uso de instrumentos diagnósticos mais bem



estruturados aliados ao uso de grupos controles mais adequados. Dentre os estudos familiares mais recentes, em média, parentes de primeiro grau de esquizofrênicos têm um risco 10 vezes maior do que pessoas da população geral de serem diagnosticados com esquizofrenia e conseqüentemente apresentarem comprometimento de ordem perceptual, destacadamente, alucinações. Esse risco, entretanto, não é uma medida direta do componente genético, já que os genes são um enlace dos diversos fatores transmitidos e que se traduzem em agregação familiar do caráter.





CAPÍTULO VI

PATOLOGIA, SINTOMATOLOGIA E DIAGNÓSTICO DAS ALUCINAÇÕES

Os sintomas psicopatológicos conhecidos como alucinatórios não são um fenômeno isolado. Podem surgir tanto nos quadros clínicos quanto em determinadas especialidades, e, mais comumente nas enfermidades mentais. Tal fato dificulta uma abordagem unidisciplinar. Assim sendo, pode-se observar que nos processos alucinatórios as imagens representativas adquirem elementos das imagens perceptivas, contudo, sem que existe um objeto originador.

É importante salientar que alguém que esteja vivenciando um processo alucinatório não consegue descrevê-lo, uma vez que o experimenta como sendo real; caso isto ocorra, não se está diante de uma alucinação e, sim, de ilusões ou falsas interpretações. Deste modo, para se tomar à alucinação por verdadeira, faz-se necessário considerar um conjunto de sintomas mentais. CLAUDE (*in* PAIM, 1998, p. 43) propõe três características essenciais: (1) ser projeção objetivante, (2) não conter elementos do objeto e (3) acompanhar-se de juízo de realidade; ao que FERNÁNDEZ (*loc. cit*) propõe a substituição da última característica citada por “experiência da realidade”, ou seja, a realidade objetiva sede lugar a objetividade experimentada na vivência alucinatória. Ainda sobre as características PAIM (*loc. cit*) distingue as alucinações a partir das seguintes perspectivas: nitidez sensorial, projeção exterior, intensidade, impressão da realidade e valor emocional.

PAIM (*loc. cit.*) entende que nos processos patológicos a “impressão da realidade” desempenha um papel crucial, uma vez que sobre elas recai a força de convencimento, atribuindo a este aspecto a razão pela qual torna-se difícil convencer o paciente de que a “realidade” que está experimentando não é verdadeira; nenhum argumento racional consegue sensibilizar ou produzir modificação no enfermo. Esta carga emocional pode ser vivida tão intensamente que pode acarretar o suicídio.

O diagnóstico das alucinações, muita das vezes, pode ser obtido por meio de uma observação atenta e criteriosa. Nos estados que envolvem perturbações mentais delirantes os sinais objetivos observados correspondem ao não atendimento às solicitações verbais, uma vez que a atenção está retida nas vivências alucinatórias; o mesmo ocorrendo em estados febris intensos. Também são comuns, nestes casos, gestos extravagantes e



diálogos desconexos. Na alucinação visual, encontram-se os olhares fixos, perdidos no horizonte acompanhado de indiferença aos estímulos visuais fornecidos. Nas auditivas, chegam a cobrirem-se e taparem os ouvidos numa tentativa de bloquear as vozes. No *delirium tremens* tendem a aumentarem quando os globos oculares sofrem uma pressão (sinal de Lippmann). No caso do paladar e olfato, surge a recusa do alimento, algumas vezes, com alegações infundadas.

É importante salientar que o conteúdo das alucinações guarda íntima relação com o estado de ânimo e com as representações do enfermo. NOYES (1971) chega a afirmar que:

As imagens alucinatórias, que o doente aceita como realidade, representa a projeção para o mundo exterior de necessidades psicológicas, tais como realização de desejos, a exaltação da própria personalidade, a crítica, a censura, o sentimento de culpa, a autopunição, a satisfação de impulsos reprimidos ou rechaçados talvez, o desejo de uma realidade mais satisfatória [tradução minha].

O estudo pormenorizado das alucinações se justifica pelo fato de que a mesma se apresenta em quase todos os transtornos mentais como será visto a diante.

1. ALUCINAÇÃO NA ESQUIZOFRENIA

No âmbito patológico é importante considerar fatores como a constituição, temperamento, caráter, peculiaridades de ordem tipológica, experiências anteriormente vividas e ambiente familiar e/ou social na formação e estruturação das psicoses, uma vez que é neste campo patológico que pode ser observada as riquezas dos processos e manifestações alucinatórias. A articulação desta causalidade múltipla nas psicoses tem sido objeto de atenção constante dos pesquisadores em psicopatologia e tem resultado em discussões intermináveis entre as mais diversas escolas do pensamento psicológico. Se alguma conclusão dessa polêmica acirrada entre as várias tendências sobre o adoecer mental pode ser aproveitada, esta se resume na constatação da incompatibilidade entre as duas maneiras principais de abordar o problema da loucura: a visão clínica e a visão cultural. O enfoque clínico da enfermidade mental será sempre diverso da abordagem cultural e filosófica.

Como não poderia deixar de ser, tendo em vista que a esquizofrenia é a patologia mais investigada no contexto das psicoses, torna-se relevante para o estudo das alucinações compreender que a esquizofrenia é tanto uma patologia da personalidade que afeta o eu, bem como, a vida produtivo-existencial, do ponto de vista clínico; como um fenômeno psico-sócio-cultural onde o esquizofrênico representa o estereótipo do "louco", ou seja, um indivíduo que produz grande estranheza social devido ao seu desprezo para com a realidade reconhecida, uma vez que age como alguém que rompeu as amarras do paradigma cultural menosprezando a razão e perdendo, assim, a capacidade de delimitar a sua fantasias. FREUD¹¹ entendia que a psicose seria o desfecho análogo de um distúrbio

¹¹ Em suas Obras Completas.



entre o Ego e o Mundo. PATCH (*in* BALLONE, 1999) considera a psicose uma doença mental caracterizada pela distorção do senso de realidade, uma inadequação e falta de harmonia entre o pensamento e a afetividade.

As manifestações alucinatórias se caracterizam, enquanto sintomas, ainda que não sejam específicos da esquizofrenia, por envolverem as seguintes classes: (1) audição dos próprios pensamentos, sob a forma de vozes; (2) alucinações auditivas, que comentam o comportamento do paciente; (3) alucinações somáticas; (4) sensação de ter os próprios pensamentos controlados; (5) irradiação destes pensamentos; (6) sensação de ter as ações controladas e influenciadas por alguma coisa do exterior. Com base no exposto, podem-se agrupar estas manifestações a partir de três atributos da atividade psíquica: comportamento, afetividade e pensamento. As alucinações uma vez pertencentes às alterações de cunho sensoperceptivo, acabam sendo causa e consequência das alterações dos atributos acima citados.

Todas as demais alucinações: auditivas, visuais, tácteis, olfatórias, gustativas, cenestésicas e cinestésicas, embora sejam consideradas sintomas acessórios por BLEULER (1960), aparecem na esquizofrenia com frequência bastante significativa. Normalmente as alucinações auditivas são as primeiras a aparecer e as últimas a sumir.

Alguns sintomas alucinatórios, embora não sejam específicos desta patologia, são de grande valor para o seu diagnóstico. Seriam: (1) alucinações auditivas dos próprios pensamentos, sob a forma de vozes; (2) alucinações auditivas que comentam o comportamento do paciente; e, (3) alucinações somáticas.

As Alucinações mais comuns na esquizofrenia são do tipo auditivas, em primeiro lugar e visuais em seguida. Conforme diz SCHNEIDER (1970), "*(...) de valor diagnóstico extraordinário para o diagnóstico de uma esquizofrenia são determinadas formas de ouvir vozes: ouvir os próprios pensamentos (pensar alto), vozes na forma de fala e respostas e vozes que acompanham com observações a ação do doente*" [tradução minha]. Esta sonorização do pensamento, juntamente com alguns outros sintomas que envolvem alucinações auditivas e sensações de ter os próprios pensamentos influenciados por elementos externos, compõem a sintomatologia que SCHNEIDER (1970) considerou como sendo de "primeira ordem".

Um esquizofrênico pode estar ouvindo sua própria voz, dia e noite, sob a forma de comentários e antecipações daquilo que ele faz ou pretende fazer. Outra manifestação alucinatória importante é a sensação de que o pensamento está sendo irradiado para o exterior ou mesmo sendo subtraído ou sorvido por algo do exterior, o que também é considerado como manifestações de "primeira ordem". Igualmente podemos encontrar a sensação de que os atos estão sendo controlados por forças ou influências exteriores.

Deste modo, diante de um paciente em atividade alucinatória, cuja ruptura com a realidade é evidente, não se consegue demover tais conteúdos do pensamento mediante qualquer tipo de argumentação. Caso o paciente deixe-se convencer pela argumentação da lógica, razoavelmente elaboradas pelo interlocutor, decididamente não se



está diante de uma manifestação alucinatória, mas sim de um engano por parte do paciente ou de uma formação deliróide.¹² Pode-se assim afirmar, porque para que haja uma manifestação alucinatória a convicção dever ser sempre inabalável. A argumentação racional não deve afetar a realidade distorcida ou recriada de quem alucina, independentemente da capacidade convincente e da perseverança daquele que se empenha na tarefa.

1. 1. CURSO DAS MANIFESTAÇÕES ALUCINATÓRIAS

Embora a tendência de deterioração tenha sido a característica definidora da demência precoce para KRAEPELIN (*in* BALLONE, 1999), este reconhecia que 13% dos seus pacientes se recuperavam do estado agudo. MAYER-GROSS (1974), há mais de 20 anos, afirmava que as condições semiológicas agrupadas sob o termo esquizofrenia estavam associadas a uma tendência geral para desintegração da personalidade, sublinhando a inclinação para um resultado desfavorável no curso da patologia. Suas observações levaram-no a reconhecer que o esquizofrênico poderia ficar decididamente pior até que, depois de alguns anos, apresentaria uma deterioração de tal forma que jamais pudesse deixar o hospital ou, por outro lado, que o processo da doença poderia chegar a um ponto morto, deixando um defeito de personalidade desde leve, subclínico até grave. Mesmo assim MAYER-GROSS (1974) reconhecia que, freqüentemente, as manifestações alucinatórias não eram tão graves a ponto de impedir o paciente de partilhar a vida na comunidade, mas em geral reduzia sua capacidade de trabalho e de gozar a vida completamente.

São também de MAYER-GROSS (1974) as observações de que a *cicatriz da personalidade* pode manter-se estacionária ou progredir muito lentamente, mostrando que o processo alucinatorio nunca para completamente. Deste modo, deduziu que um segundo acometimento patológico, depois de alguns ou muitos anos, poderia obrigar a readmissão no hospital, talvez para sempre. Afirmava ainda que tais processos podem mostrar agravamento e remissões desde o início e que tais flutuações podem continuar no decorrer de toda uma vida. Porém, salienta que mesmo o paciente ficando bom no primeiro e segundo surtos, no terceiro a perspectiva de recuperação ficava muito reduzida. Observações de MAYER-GROSS (1974) baseadas em amostragem, de pacientes antes do advento do tratamento biológico para esquizofrenia, resultaram na constatação de que as perspectivas de remissão espontânea duradoura são maiores durante os dois primeiros anos do surgimento das alucinações. Após 5 anos contínuos essas possibilidades se tornam desprezíveis. As evidências sugeriam que a cada surto sucessivo as chances de danos permanentes aumentavam e que após a terceira recaída a chance de remissão tornava-se menor.

¹² **Formação deliróide:** “(...) originam-se de um estado de humor alterado e são inteiramente compreensíveis neste contexto (...) as noções deliróides (...) do maníaco emergem de seu humor exaltado – (...) que traz consigo uma autoconfiança exagerada, fácil, inconsciente e um estado de descuido, despreocupação, igualmente isento de autocrítica, podendo facilmente evoluir para idéias de onipotência.” (WILLIS, 1979, p. 17).



Esta visão clássica sobre o curso e evolução da esquizofrenia é ainda prevalente na psiquiatria. As pesquisas da década de 90 não mostram diferenças muito significativas daquelas pesquisadas por MAYER-GROSS (1974).

2. ALUCINAÇÕES NA PARANÓIA:

Neste caso as alucinações normalmente são sensações de caráter egocêntricos, sistematizados e coerentes, podendo ser de perseguição, impregnado ou não de tonalidade erótica. Também é a frequência de imagens que produzem ciúmes, comumente em mulheres. Conforme KRAEPELIN (*in* BALLONE, 1999), a paranóia é uma entidade clínica caracterizada, essencialmente, pelo desenvolvimento insidioso de um sistema delirante-alucinatório duradouro e inabalável, mas apesar desses conteúdos há uma curiosa manutenção da clareza e da ordem do pensamento, da vontade e da ação. Ao contrário dos esquizofrênicos e doentes mentais, onde as manifestações delirantes-alucinatórias são um tanto desconexas. Neste tipo de psicose as idéias se unem num determinado contexto lógico para formar um sistema rigidamente estruturado e organizado.

A característica essencial desse transtorno, no que tange as alucinações, é que as manifestações das mesmas não envolvem conteúdos bizarros e persistem por pelo menos 1 mês. Este fato de ter uma temática organizada e compreensível é de suma importância para o estabelecimento do diagnóstico, embora continue se tratando de uma falsa e absurda percepção imagética. No entanto, deve-se ter em mente que em tais psicoses as alucinações não são proeminentes e nem habituais, embora existam. E quando existentes, as alucinações táteis ou olfativas costumam ser mais frequentes que as visuais e auditivas.

2. 1. CURSO E PROGNÓSTICO

Não existem sintomas prodrômicos anteriores ao estressor desencadeante, embora possam existir traços de personalidade sugestivos de algum distúrbio prévio. O aparecimento da sintomatologia segue o estressor em poucas horas, não duram mais de um mês e a depressão posterior é frequente.

2. 2. ASPECTOS DE BOM PROGNÓSTICO

Boa adaptação emocional pré-mórbida (antes do surto); existência de poucos traços esquizóides de personalidade pré-mórbidos; grave estressor emocional precipitante; aparecimento agudo e repentino dos sintomas; sintomas afetivos presentes, tais como depressão; registro de confusão e perplexidade durante a crise; constatação de pouco empobrecimento afetivo; evidência de haver curta duração dos sintomas; e, ausência de parentes com história patológica semelhante.



3. ALUCINAÇÕES NO TRANSTORNO PSICOTICO TRANSITÓRIO

O transtorno psicótico transitório (ou psicose reativa breve) que se caracteriza pelo aparecimento abrupto dos sintomas psicóticos sem a existência de sintomas pré-mórbidos e, habitualmente, seguindo-se a um estressor psicossocial, também tem por sinais e sintomas clínicos a presença de alucinações. Vale ressaltar que o prognóstico é bom e a persistência de sintomas residuais não ocorre. Durante o surto alucinatorio observa-se incoerência e acentuado afrouxamento das associações. Há componentes afetivos com mudanças bruscas de um afeto para outro, perplexidade e confusão. O quadro é mais freqüente na adolescência e idade adulta jovem.

A Organização Mundial de Saúde, através da classificação internacional de doenças (CID), recomenda que esta categoria de psicose deve ser restringida ao pequeno grupo de afecções psicóticas, em grande parte ou totalmente atribuída a uma experiência existencial recente. Deve ser entendida como uma alteração psicótica na qual os fatores ambientais têm a maior influência etiológica.

Trata-se, portanto, de reações imagéticas, fantasísticas cuja natureza não é só determinada pela situação psicotraumática, mas também pelas predisposições da personalidade. A maioria das reações psíquicas mórbidas desenvolve-se em função de uma perturbação de caráter que predispõe a elas. Tal perturbação será fruto de um desenvolvimento psicorreativo anormal. O desenvolvimento da psicose reativa, no que concerne à produção de imagens, pode satisfazer a necessidade do paciente em representar, simbolicamente, a si e aos outros através da natureza interna de suas contradições, angústias e paixões, numa espécie de falência aguda de sua capacidade de adaptação a uma situação sofrível. Acredita-se haver nesta patologia, de um modo ou outra, um certo “lucro” subjetivo na medida em que o paciente vive à margem da realidade traumática e insuportável; transferindo seu próprio fracasso para uma instância imaginária que é percebida pelo doente como “suportável”, o que denota uma tentativa de retirar-se da realidade numa postura autística negando a existência num estado imaginário e assim por diante. Pode ser de grande alívio à transferência da tonalidade afetiva de um objeto para outro, ou de um complexo de idéias para um outro complexo secundário psiquicamente anárquico, onde as coisas se encaixam numa lógica doentia e fantasística.

O curso e prognóstico, bem como, os aspectos de bom prognóstico são os mesmos citados anteriormente.

No entanto, cabem neste ponto algumas observações, quais sejam:

(1) É muito difícil à diferenciação entre a psicose reativa breve e a depressão maior com sintomas psicóticos. Para tal distinção é fundamentais a verificação minuciosa da personalidade pré-mórbida e suas associações com traços depressivos ou esquizóides. A abordagem antidepressiva medicamentosa consegue resolver grande número de casos, o que nos faz suspeitar do evidente envolvimento afetivo em tais transtornos, ainda que não



tenha havido nenhuma manifestação prévia de depressão com nítidas características psicóticas. Teoricamente isso é bem possível, já que a eclosão da psicose posterior à agressão emocional pode significar uma falência adaptativa às circunstâncias vivenciais, atitude perfeitamente compatível com a dinâmica da depressão.

(2) Atualmente o termo alucinação se refere à percepção de uma imagem patológica com todas as características de uma imagem alucinatória (sobretudo uma notável nitidez), entretanto, ao contrário das alucinações, há menor convicção de realidade ou menor participação do eu, isto é, o paciente reconhece aquela experiência perceptiva como algo estranho a si mesmo, como um acontecimento patológico. As alucinações alcoólicas e as alucinações pedunculares são seus exemplos mais comuns. A expressão alucinação tem sido empregada cada vez mais para designar um *delirium alucinatório*: imagens alucinatórias resultantes da dissolução da consciência-vigilância ou da ação de substâncias psicoativas; "alucinação alcoólica" e "alucinação infecciosa". Outros a empregam com o mesmo sentido de alucinação orgânica, sintomática ou tóxica, sem confusão mental ou prejuízo intelectual, mas persistente e recorrente. Na clínica o termo alucinação encontra-se freqüentemente associado ao alcoolismo, chamando-se este estado de "alucinação alcoólica". Trata-se de uma espécie de variante da síndrome de abstinência, mas que aparece nos alcoolistas independentemente da privação do álcool.

A Alucinação é também decorrente de estados tóxico proporcionado por diversas drogas, como por exemplo à cocaína, o LSD, brometos, maconha, anti-parkinsonianos. Além das drogas, reconhece-se o potencial psicotizante de estados infecciosos (pneumonias, etc.), metabólicos (uremias, diabetes, etc.) e traumáticos e lesionais (traumatismos cranianos, tumores), ou ainda por foco irritativo dos lobos temporais e occipital, sempre porém, de origem extrapsíquica.

As três características adicionais mais importantes para o diagnóstico da alucinação orgânica são: (1) falta de prejuízo da consciência; (2) ausência de sinais sugestivos de uma psicose; e, (3) atividade alucinatória constante e recorrente.



CONCLUSÕES

Os processos alucinatórios acarretam um prejuízo no funcionamento social e profissional. É esta a razão que normalmente leva o paciente a procurar ajuda, uma vez que tais distúrbios perceptivos acarretam: desinteresse, perda da iniciativa, da capacidade de concentração que diminui, perda da libido, memória prejudicada, fadiga e cansaço constante, vulnerabilidade a outras doenças, diminuição da auto-estima, inibição psíquica generalizada, perda da capacidade de sentir prazer pelas coisas da vida, insegurança, pessimismo, retraimento social, tendência ao isolamento, insônia, ansiedade e angústia.

Por um lado, parece não haver qualquer dúvida em relação à participação de um componente genético importante na gênese dos processos alucinatórios. Por outro lado, entretanto, saber quantos e quais são os genes que atribuem de fato maior suscetibilidade a essa doença permanece questão ainda aberta. O máximo que se pode acreditar das recentes pesquisas é que esses genes devem ser responsáveis por uma pequena porção da variabilidade genética total e que não apresentam mutações específicas presentes apenas em indivíduos afetados, mas sim, podem aparecer como variantes comuns encontradas na população geral.

Isso tem impulsionado diversos autores a propor uma mudança na estratégia a ser utilizada em futuros estudos de mapeamento genético por associação. De modo semelhante aos estudos de ligação, estudos do tipo exploração do genoma, também podem ser realizados pela metodologia de associação.

Devido aos avanços advindos do projeto “genoma humano”, um grande número de marcadores têm sido continuamente identificados e em breve haverá marcadores caracterizados em todos os genes humanos. Além disso, o desenvolvimento de micro-chips para a genotipagem oferecerá, em breve, estudos de rastreamento com considerável poder na detecção de genes que contribuam à variância genética.

As principais conclusões que podem ser tiradas desses trabalhos podem ser resumidas da seguinte maneira:

Não existe um curso típico ou próprio para o desenvolvimento de processos alucinatórios. Talvez o mais característico seja a grande variabilidade e independência dos sintomas no decorrer do processo patológico. Com essa variedade não há como se estabelecer um determinado modelo que possa ser considerado característico dos processos alucinatórios.

Apesar da diversidade a tão comentada *tendência inexorável*, no sentido de uma deterioração progressiva das faculdades mentais, não foi verificada em nenhum



trabalho. Ao contrário, apesar de remissões e reagudizações, o mais freqüente era que, após 5 anos de evolução se observasse uma tendência à estabilização. Também, ao se considerar a população de idosos, não se evidenciou síndromes demenciais propriamente ditas, com característica psicorgânicas alucinatórias, como já havia sido suspeitado há tempos.

Os estudos revelam uma tendência a se atingir um estado de relativa estabilização, o que BLEULER denominou de "end state". BLEULER tomou o cuidado de colocar o termo "end state" entre aspas por não se tratar, absolutamente, de uma situação irreversível, imutável.

O termo "end state" teve grande aceitação. Foram propostos 4 tipos de "end state"; 1. grave; 2. moderado; 3. leve; e, 4. "recuperado". Os critérios inicialmente propostos por BLEULER acerca do grau grave, moderado e leve para o "end state" se resumem da seguinte forma: 1. graves são os casos onde o paciente é incapaz de manter um convívio social; 2. moderados aqueles que não se encaixam em nenhum desses outros dois; e, 3. leve são aqueles casos onde o paciente consegue integrar-se e automanter-se sócio-economicamente

No que concerne à recuperação, entendia-se os quadros com remissão completa da sintomatologia e os estado psicopatológicos remanescentes muito sutis e discretos. Estes últimos só seriam percebidos por um psiquiatra treinado e não chegavam a influenciar em nada a vida cotidiana, tanto laborativa quanto relacional, dos pacientes. Como se observa na tabela abaixo, há um significativo grau de concordância entre os dados encontrados pelos pesquisadores (BALLONE, 1999).

	Bleuler	Ciompi&Müller	Huber e cols	Ogawa e cols
Tempo de observação	22 anos	36.9 anos	22.4 anos	23.6 anos
núm. de pacientes	208	289	502	98
% pac. com <i>end state</i>	73%	91%	73%	72%
Recuperados	20%	29%	26%	32%
seqüela leve	33%	24%	31%	25%
seqüela moderada	24%	26%	29%	25%
seqüela grave	24%	20%	14%	17%

Se os quadros de recuperação e os déficits leve são reunidos sob a rubrica de curso favorável, 53% dos pacientes de M. BLEULER, 53% dos pacientes de CIOMPI & MÜLLER, 57% dos pacientes de HUBER & cols. e OGAWA & cols. foram considerados como tendo seguido um curso favorável. As cifras para percentagem de pacientes que evoluíram mal com quadro crônico grave também foi compatível entre estes estudos.



Pesquisa anterior de MANFRED BLEULER (loc. cit.) já havia sugerido as seguintes conclusões:

Os casos muito graves, de início agudo e evoluindo para estado crônico grave estão desaparecendo.

A percentagem de "recuperação" e de casos muito graves não foi alterado do início para a metade deste século, independentemente de medidas terapêuticas globais que foram instituídas neste período, tais como a convulsoterapia, insulino-terapia, psicoterapia ou praxiterapia (exceto a farmacoterapia).

Durante esse período a principal mudança verificada foi uma diminuição dos casos com defeito moderado e um aumento dos casos com defeito leve.

Posterior papel dos neurolépticos na evolução não pode ainda ser adequadamente avaliado apontando para um aumento dos quadros residuais sem sintomas característicos da psicose (denominados de "reiner defekt") em detrimento dos estados residuais que apresentavam sintomas característicos da psicose esquizofrênica.

OGAWA (*in* BALLONE, 1999) acrescenta uma observação a respeito do curso dos processos alucinatorios diante da recente utilização dos neurolépticos: há melhora no ajustamento social dos pacientes.

Por tudo isso, aprofundar os conhecimentos pertinentes à alucinação é um dos requisitos mais elementares para percebermos o mundo e conseguirmos um ajustamento realista a ele. Este ajustamento realista exige mais do que o reflexo fisiológico dos equipamentos sensoriais; exige satisfazer nossas necessidades, encontrar alguma segurança, explorar as oportunidades para o crescimento e, finalmente, encontrar um sentido satisfatório para a nossa existência.



BIBLIOGRAFIA

BALLONE, Geraldo J. “Percepção” in PsiqWeb - Psiquiatria Geral, Internet, 1999. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/cursos/percep.html>. Consultada em 26/05/2002.

_____, “Alucinação” in PsiqWeb - Psiquiatria Geral, Internet, 1999. Disponível em www.psiqweb.med.br/alucin.html. Consultada em 26/05/2002.

BASH, K. W. *Psicopatologia General*. Madrid: Morata, 1965.

BASTOS, O.C.F. “Contribuição ao estudo clínico da depressão pós-esquizofrênica”. Recife, 1981. Tese para concurso de Professor Titular.

BLAKISTON. *Dicionário médico*. São Paulo: Andrei, s/d.

BLEULER, E.. *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Ediciones Hormé - Editorial Paidós, 1960.

CORDIOLI, Aristides Volpato & cols. “*Psicofármacos*”. Porto Alegre: Artmed, 2000. 2ª ed.

COTRAN, Ramzi S., **KUMAR**, Vinay & **ROBBINS**, Stanley L. “*The complete text of Robbins pathologic basis os disease*”. Software Brasil Ltda, 1990-1995. Versão 3.0, 1 CD-ROOM. Keyboard Publishing Inc.

CYRANKA, Lúcia F. M. & **SOUZA**, Vânia P. *Orientações para normatização de trabalhos acadêmicos*. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 1991. 6ª ed. rev. aum.

DELGADO, H. *Curso de psiquiatria*. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1969.

GOÁS, M. C. *Temas psiquiátricos*. Madrid: Paz Montalvo, 1966. T.2.

JACOBI, Jolande. *Complexo, arquétipo e símbolo – na psicologia de C. G. Jung*. São Paulo: Cultrix, 1957.

JASPERS, K. *Psicopatologia Geral*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979.

JUNG, C. G. *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. Petrópolis: Vozes, 1976. CW 9i.

_____. *Símbolos da transformação*. Petrópolis: Vozes, 1973. CW 5.



KOLB, Bryan & WHISHAW, Ian Q. *Neurociência do Comportamento*. São Paulo: Manole, 2002.

KLUCZNY, J. W. & TEIXEIRA, E. A. *Técnicas de programação neurolingüística – manual do usuário*. São Paulo: Makron Books, 1997.

LERSCH, P. *La estructura de la personalidad*. Barcelona: Scientia, 1966.

MAYER-GROS, W.; SLATER, E.; ROTH, M. *Psiquiatria Clínica I y II* (segunda edición). Buenos Aires: Paidós, 1974.

MIRANDA-SÁ JR., Luiz Salvador de. *Compêncio de psicopatologia e semiologia psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MIRA Y LÓPEZ, E. *Psiquiatria*. Buenos Aires: Librería El Ateneo Editorial, 1952. T. 1.

NOYES Y KOLB. *Psiquiatria clínica moderna*. México: La prensa médica mexicana, 1971.

PAIM, Isaías. “Curso de psicopatologia”. São Paulo: Pedagógica e universitária, 1998. 2ª reim., 11ª ed.

_____. “Tratado de clínica psiquiátrica”. São Paulo: Pedagógica e universitária, 1991. 3ª ed., rev. e amp.

PAVLOV, I. P. *Los reflexos condicionados aplicados a la psicología y psiquiatria*. Buenos Aires: Ediciones Norduz, 1954.

PENFIELD, W & JASPERS, H. *Epilepsy and the functional anatomy of the human brain*. Boston: Little Brown, 1954.

PRADO JÚNIOR, Caio. *Notas introdutórias à lógica dialética*. São Paulo: Brasiliense, 1968.

REICHARDT, M. *Psiquiatria*. Madrid: Gredos, 1955. Cap.: Esquizofrenia.

RUBISTEIN, S. L. e et. al. *Psicologia*. México: Grijalbo, 1960.

SCHNEIDER, K. *Psicopatología clínica*. Madrid: Paz Montalvo, 1970.

SEVERINO, Antônio S. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez, 2000. 21ª ed. ver. ampl.

STÖRRING, G. E. *Psiquiatria geral*. Madri: Gredos, 1955.

WILLIS, J. *Conceitos básicos em psiquiatria*. São Paulo: Andrei, 1979.