

Filosofia da Esquizofrenia: fenomenismo, psiquiatria e fisicismo

Daniel Luporini de Faria
Mestre em Filosofia, UNESP, Marília, SP
luporinifaria@yahoo.com.br

Renato José Vieira
Psiquiatra, coordenador do Pronto-Socorro do
Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch, São Paulo, SP
renatojvieira@ig.com.br

Oswaldo Pessoa Jr.
Depto. Filosofia, FFLCH, Universidade de São Paulo
opessoa@usp.br

A sair em Coelho, J.G. (org.), *Encontro com as Ciências Cognitivas*, vol. 6: *Cognição, Emoção, Ação*. São Paulo: Cultura Acadêmica / Unesp, 2013.

Este artigo busca explorar questões de filosofia da mente a partir dos estados alterados que surgem na esquizofrenia. A perspectiva fenomênica descreve tais estados do ponto de vista do sujeito que os vivencia, salientando-se diferentes modos de apreensão de conhecimento (parte 1, DLF). Isso é comparado ao que é conhecido cientificamente sobre a esquizofrenia, da perspectiva psiquiátrica, destacando-se a importância do endofenótipo e os limites da classificação nosológica (parte 2, RJV). Por fim, da perspectiva de uma filosofia fisicista, reflete-se sobre os estados de alucinação e de alteração do eu, a partir das noções de “observação do cérebro” e “projeção” (parte 3, OPJ).

1. O fenômeno da experiência esquizofrênica

Iniciamos com um relato de primeira pessoa das experiências de Daniel Luporini, um filósofo diagnosticado com esquizofrenia paranoide.

1.1. Convivendo com situações inusitadas e o primeiro surto

Desde pequeno, tenho visões e audições no mínimo inusitadas. Na primeira vez que passei mal, eu tinha 7 anos. Morava em um apartamento em São Paulo, e estava assistindo televisão com minha mãe, quando eu ouvi uma voz vinda da cozinha. Fui para lá, e ouvi a voz de um menino, que se apresentou como Gabriel. Ele perguntou meu nome, e eu respondi. Aí ele mandou que eu cortasse o meu próprio pulso. Havia na mesa um recipiente de vidro, para guardar frutas, que eu quebrei, peguei um caco e me cortei. Minha mãe veio na hora, e pareceu um mero acidente. Eu não falei nada do Gabriel.

Depois disso, até os 24 anos, costumava ter alucinações auditivas e visuais esporádicas, que não chegavam a me perturbar muito. Até a faculdade, nunca gostei de ir à escola, não porque não gostasse de aprender coisas novas, mas porque sempre odiei o convívio com terceiros. Sempre me senti mais à vontade sozinho e socialmente isolado.

Depois do primeiro episódio, manifestei esporadicamente pequenos episódios psicóticos. Às vezes, acontecia novamente de uma voz de comando me levar à autoflagelação; às vezes, eu via vultos projetando-se ao meu redor. São sombras que ficam passando ao nosso lado, parecendo morcegos, e que é típico de quem possui esquizofrenia. Mas no que tange à aquisição de conhecimentos, creio que fui uma criança e um adolescente normal, aprendendo as coisas por “ostensão” (ou seja, definindo um termo através de um exemplo), por tentativa e erro, bem como teoricamente, ouvindo ou lendo algo.

Em uma ocasião, eu devia ter uns 18 anos, e fui com colegas para uma chácara em uma cidade vizinha, comer churrasco, beber cerveja, fumar maconha. Chegamos de manhã, e eu ainda estava sóbrio. Cansado, estava deitado na sala, meio que cochilando, vendo TV, enquanto o pessoal estava na cozinha fazendo macarrão. De repente, vi um amigo meu na porta, falando impropérios para mim. Eu levantei e fui para cima dele, só que ele tinha desaparecido! Então, fui na cozinha, e ele estava lá, e comecei a perguntar porque ele tinha falado aquelas coisas para mim. Ele e todos os meus amigos falaram que ele não tinha falado nada. Eu fiquei surpreso, constrangido, e achei que era um sonho. Mas eu não estava dormindo: apesar de sonolento, eu estava acordado.

Achava mais ou menos normal aquilo tudo, e até pensava que todo mundo passava por aquilo. Entretanto, aos 24 anos, já na faculdade, o que era esporádico passou a ficar crônico e assustador. Eu namorava uma garota, e morávamos na moradia estudantil. Uma noite eu fui numa festa, e ela ficou estudando no quarto. Eu estava sem dinheiro, e bebi muito pouco. Quando voltei para o quarto, eu comecei a ouvir os pensamentos dela, e eram impropérios, dizendo que eu era “brocha”, homossexual, burro, limitado intelectualmente, etc. Ela estava apenas lendo, mas eu tinha a nítida impressão de ouvir claramente os pensamentos dela. Aí eu fiquei nervoso, e dei um soco no vidro da janela. Perdi muito sangue, e fui para o hospital com um amigo meu, que não deixou que me internassem. Porém, os surtos passaram a ser frequentes, e comecei a ser internado.

Depois desse surto, comecei a sentir uma grande agitação psicomotora, ou seja, não parava de pensar, muito rápida e desordenadamente, e não conseguia parar de me mexer. Mas isso era gostoso, parecia que tinha um cavalo dentro de mim, um cavalo sem rédeas, e eu pensava e escrevia muito rápido, e saíam coisas boas. Em um dia, talvez em 4 horas, fiz um trabalho de filosofia da ciência, e tirei nota 10, a maior nota da turma.

Algum tempo depois, em torno dos 26 anos, comecei a fazer uso regular de cocaína (a maconha eu tinha parado aos 23). A cocaína me induzia a “soltar esse cavalo”, ela permitia que eu controlasse minha mente, e eu conseguia me exprimir melhor verbalmente. Às vezes, eu acordava sonolento, de ressaca, ia na “biqueira”, comprava três papéis de cocaína, cheirava e soltava o cavalo. A sensação era muito boa e eu produzia muito, lia e escrevia muito. Acabei sendo o primeiro aluno da minha turma a defender a tese de mestrado, o que me rendeu uma bolsa de produtividade. Tive algumas internações durante o mestrado, mas eu produzia lá mesmo, dentro do sanatório.

Mais recentemente, redigi ininterruptamente 70 páginas de minha autobiografia, intitulada *Do Lado de Cá*:

Do lado de cá os muros são altos, verdadeiras muralhas que não deixam sequer meus pensamentos vagarem livremente. Do lado de cá, realidade e fantasia se confundem, se entrelaçam como num tango bem ensaiado. Do lado de cá, não há distinção entre lixo e luxo, útil e inútil, feio e belo, normal e patológico, justo e injusto. Aqui, existe uma única lei: não perder de uma vez o meu “eu”, aquilo que faz com que eu seja o que sou.

1.2. Filosofando em estado alterado

No mestrado, eu estudava a relação mente-corpo na perspectiva de Gilbert Ryle, e às vezes, quando captava algo que lia ou ouvia, como um argumento ou conceito, tinha a sensação de um certo “calor” nas têmporas, bem como alterações no campo visual. É estranho dizer, mas parece que as cores ficavam mais vivas, como se eu tivesse feito uso de ácido lisérgico (eu já tinha usado “doce” algumas vezes, além de cogumelos, beladona, mescalina).

Só para dar um exemplo: quando estudei a tentativa de Shoemaker (1975) de funcionalizar os *qualia*, e entendi as críticas que lhe eram feitas, passei a entender porque os qualia não são funcionalizáveis. Percebi que a vermelhidão de minha camiseta, bem como a amarelidão da capa de um livro que estava na escrivaninha, ficavam extremamente vívidos, saltando aos olhos e distinguindo-se das demais cores dos outros objetos. Essa sensação estranha durou cerca de um minuto, e veio associada a uma espécie de euforia que raras vezes senti na vida.

Outro bom exemplo, parecido com o primeiro citado acima, se deu logo no início de minhas crises psicóticas, época em que pude apreender o argumento da “aposta” de Pascal. Quando caiu a ficha de que, para esse filósofo, era mais inteligente crer em Deus a não crer, imediatamente minha bola amarela de basquete ficou “incandescente”, extremamente vívida, com um amarelo bem diferente do modo como agora, neste momento, observo a mesma bola de basquete.

Interessa notar que, quando tais “fichas caem”, além das alterações físicas como “quentura” nas têmporas ou alterações qualitativas no modo como observo as cores (principalmente cores quentes), sinto também uma espécie de euforia muito grande. Fico agitado, andando de um lado para o outro e fumando um cigarro atrás do outro.

Devo confessar que não foram muitas as vezes que passei por tais experiências. Tudo o que sei é que tais fenômenos ocorrem especialmente quando apreendo um ponto de vista ou argumento, e estou muito empolgado com a leitura ou palestra. Chamo esse modo de apreensão de “apreensão sinestésica”.

Há também o que chamo de “apreensão por indução alucinatória”. Quando estou em surto, às vezes ocorre de personagens fantásticos, ou simplesmente vozes dentro de minha cabeça, me induzirem a conhecer determinados conceitos ou argumentos. No meu segundo ano de mestrado, quando o prazo para a defesa estava chegando ao fim, foi recorrente em meus surtos um homem chamado Descartes aparecer para mim e me orientar sobre quais caminhos eu deveria tomar em minha dissertação. O que pareceria algo teoricamente benévolo, para mim era aterrorizante. Eu não admitia para mim mesmo que estava enlouquecendo, e surtava violentamente quando Descartes ou as vozes apareciam. Quebrava vidros com socos ou cabeçadas, me cortava com vidros e facas, me queimava com cigarro. Enfim, eu não conseguia – e por mais que me doa,

ainda não consigo – lidar com minhas alucinações de modo natural ou saudável (se é que existem meios para tanto).

Quando ouço vozes ou tenho visões, em geral, elas se apresentam como dando ordens de comando: matar meu pai, esgaratear minha irmã, estuprar minha mãe, enfim, bestialidades que me tiram do sério e me deixam tremendamente perturbado, ao me recusar a fazer tais coisas. E o mesmo se pode dizer do que disse anteriormente sobre visões ou vozes benevolentes, que me instruem, me direcionam e ensinam. Mesmo nesses casos eu perco a estribeira por não aceitar que eu seja diferente.

Talvez a “aquisição de conhecimentos por ostensão” seja a mais trivial das formas de aprendizagem, a julgar pelo modo como as crianças associam nomes aos objetos. Mas sendo trivial ou não, o fato é que quando estou “psicotizado” (isto é, doente), toda e qualquer forma de ostensão que se me apresenta passa a ser associada a imagens mentais.

Como exemplo, posso citar um fato ocorrido numa de minhas primeiras internações. Ao chegar à enfermaria do sanatório, antes de tirar a roupa, aponte para um aparelho que estava em cima da mesa do enfermeiro. Perguntei a ele o que era aquilo, e ao dizer que se tratava de um “destro”, imediatamente me veio à mente a imagem de uma tatuagem que tenho na mão esquerda. Assim, quando vejo minha tatuagem, imediatamente me vem à mente a imagem de um aparelhinho para medir glicemia (destro), e vice-versa. Isso, é claro, é uma associação de ideias comum, todo mundo tem isso. Posso dizer que tenho um banco de dados imagéticos extremamente grande, associando coisas que aprendi ostensivamente.

Desde criança, era natural para mim – e imagino que para toda criança – associar pessoas a acontecimentos ou a odores, gostos, etc. Nisso eu não me diferenciava de nenhuma criança. Porém, depois que minha doença se tornou crônica, praticamente tudo o que aprendo associa-se a um outro conjunto de ideias, ideias essas que, objetivamente, em nada se assemelham ao conhecimento adquirido. A isso chamo “apreensão por associação de ideias”. Posso dar como exemplo a “coisa-em-si” kantiana, que para mim nada mais é do que o filme de meu sobrinho de seis meses bocejando numa ensolarada manhã. Quando associo algo que aprendi por ostensão, a imagem em minha mente é “parada”, como uma fotografia, ao passo que quando apreendo algo por associação de ideias, um pequeno filme roda em minha mente, quando penso num dado conceito ou argumento que aprendi.

1.3. Iluminação e Aparições

Quando estou emocionalmente fragilizado, ou seja, mentalmente doente, ouvindo vozes, tendo visões – enfim, doente mesmo – há ocasiões em que passo por um processo que, por falta de um termo melhor, chamo de “iluminação”, ou “apreensão por iluminação”.

Este estado de consciência alterado se manifesta quando estou em surto, e consiste numa espécie de apreensão “mágica” de um argumento ou conceito. Destaco a palavra “mágica” em função de que tal processo de apreensão se dá concomitantemente a um sentimento muito íntimo, uma “luz”, a plena certeza de que o que estou pensando no momento do surto é a Verdade (com “V” maiúsculo).

Este processo de iluminação não se restringe a descobertas ou *insights* gloriosos, mas pode se dar também com pequenas coisas usuais do dia a dia; em ambos, o sentimento é o mesmo. É um sentimento de que tudo parece fazer sentido, como se tudo

no mundo remetesse a uma única ideia monumental e gloriosa, mais ou menos como diz William Blake, num de seus provérbios do inferno, que: “uma só ideia impregna toda a imensidão” (Blake, 2001, p. 27).

O momento de iluminação mais marcante que tive se deu quando buscava um desfecho para meu trabalho de conclusão de curso. Eu estava completamente fora de mim, muito exaltado por ter de cumprir o prazo estipulado para apresentação do trabalho, e foi numa noite iluminada que concluí “bestamente”, e não muito diferente de Hume, que a noção de uma identidade pessoal duradoura carece de sentido.

A conclusão a que cheguei em meu trabalho não teve nada de criativo ou celestial, mas o sentimento que me acompanhou enquanto concluía o trabalho foi simplesmente sublime; parecia que tudo fazia sentido, uma sensação de inefabilidade acompanhou todo o processo. Parecia que aquela ideia era a tal única ideia que impregna toda a imensidão, de que fala Blake. Meus próprios qualia se modificaram: as cores, os odores, tudo parecia mais vivo e repleto de sentido, mesmo sendo tal sentido algo completamente indizível, não palpável, cognoscível somente para mim.

Isso tudo começou aos 24 anos, e até hoje tenho explosões de fúria (surto), e perdi completamente o domínio de minha vida. De lá para cá já são cerca de 30 internações e incontáveis intercorrências clínicas.

Comparando minhas experiências com as de João Daudt d’Oliveira Neto, autor do livro *Memórias de um sanatório* (2003), noto que há muito em comum. Em especial, a paranoia e o terror de certas aparições: se ele tinha visões recorrentes de uma velha com um machado que o perseguia, eu às vezes me vejo cercado por crianças sem rosto, bem como por ratos enormes e cachorros agressivos. O que me diferencia de João Daudt é que eu não alucino apenas com coisas tenebrosas. Eu também tenho alguns amigos que me instruem, ajudam e repreendem. Eles são três: meu falecido avô, que é muito brincalhão, mas me repreende bastante; um tal de Descartes, que é um gênio, porém, completamente maluco e excêntrico; e Paracelso, que é com quem eu mais converso, um homem muito sábio que sempre me dá bons conselhos.

Não posso negar que, no fundo, eu gosto de conversar com essas boas aparições, pois aprendo bastante. Quanto às aparições tenebrosas, quando elas surgem, invariavelmente eu me mutilo, seja me queimando com cigarros, seja me cortando com facas ou dando socos e cabeçadas em vidros. Parece que a dor física faz com que essas aparições sumam temporariamente, que é o tempo necessário para eu me entupir de remédios e dormir.

Quanto às boas aparições, tudo o que posso dizer é que nós conversamos sobre filosofia da mente, política, artes, esportes, enfim, sobre toda sorte de coisas. Quando estou escrevendo algo, Paracelso me orienta e corrige meus erros; esse próprio texto foi ditado por ele. Ele é uma espécie de pai ou guru espiritual para mim.

Certa vez, ainda neste ano, eu comecei a tomar haldol decanoato¹ e as aparições simplesmente desapareceram. Por um lado fiquei feliz, pois as crianças e bichos se foram, mas por outro lado fiquei extremamente triste e depressivo, pois eu já não tinha com quem conversar e me expressar, e senti um vazio muito grande. Parecia que eu já não era mais eu. Minhas idiosincrasias simplesmente se foram, fiquei perdido,

¹ O *haldol decanoato* é uma combinação do haloperidol com o ácido decanoico, um ácido graxo. Ao ser injetado intramuscularmente, o composto é absorvido pelo tecido gorduroso, sendo liberado lentamente, ao longo de um mês. Ele é diferente do haldol comum, que faz efeito na hora, e me deixa completamente atordoado, com sono, e “marchando”, ou seja, andando no mesmo lugar sem poder parar e sem controle sobre as pernas.

atordoado por não saber mais quem eu era. Parei de tomar as injeções mensais de haldol decanoato e tudo voltou ao que era antes: me reencontrei!

Outra habilidade que possuo é o que chamo, por falta de um termo melhor, de “telepatia”. Já a mencionei antes. Às vezes, tenho a impressão clara de ouvir os pensamentos das pessoas ao meu redor. O que escuto são impropérios e coisas ofensivas contra mim, o que me faz muito mal, deixando-me paranoico, e me levando à automutilação. Frequentemente tenho de ser internado quando essa telepatia aparece.

Quando as aparições acontecem, às vezes eu tomo por realidade, às vezes não. Ontem mesmo, por exemplo, eu estava lendo Schopenhauer, aí ele apareceu atrás de mim. Eu ouvi a sua voz, me virei, e vi um velho calvo, com cabelos nas têmporas, como aparece nos retratos dele. Eu falei para ele que ele não era real, e ele sumiu.

A primeira vez que vi Paracelso, eu estava escrevendo um artigo, e ele apareceu, sentado ao meu lado, e começou a palpitar, me ditando o artigo. Naquele momento, eu nem percebi que eu estava pirando. Ela parecia real, e eu não questionei isso. Em situações como essa, eu fico tranquilo. O problema surge quando eu começo a achar que aquilo é uma alucinação. Aí, eu fico achando que é real, e ao mesmo tempo achando que não é, e essa contradição dispara minha agressividade, que é sempre dirigida contra mim mesmo.

Meu princípio de realidade é a dor física. Assim, quase sempre que eu “psicotizo”, eu me mutilo para poder voltar à realidade, geralmente queimando a minha mão com cigarro. Uma alucinação recorrente e não ameaçadora é a do meu avô, que me repreende, faz algumas piadas, parecido com o que ele era quando vivo. Às vezes só ouço sua voz, às vezes dentro de minha cabeça, às vezes fora. O *quale* associado a essa percepção auditiva parece-me indistinguível do quale de uma pessoa real falando comigo. Isso é diferente de quando eu falo comigo mesmo, através do pensamento. Quando eu vejo uma aparição, ela aparece perfeita, ou seja, não vai aparecendo aos poucos, mas surge de uma vez. O conjunto de qualia visuais associado à aparição de meu avô é, para mim, indistinguível do conjunto de qualia de uma percepção normal de uma pessoa.

1.4. Classificação de meu transtorno e o sistema sanatorial

Minha família, por parte de mãe e também de pai, possui um vasto histórico de problemas mentais. Minha mãe é bipolar e meu pai possui transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Quando comecei a me tratar, aos 24 anos, meu diagnóstico provisório era transtorno afetivo bipolar, tendo em vista a doença de minha mãe e minhas oscilações de humor. Entretanto, com a progressão da doença, o foco deixou de ser as oscilações de humor e passou a ser meus sintomas psicóticos.

Com isso, há cerca de oito anos, os psiquiatras passaram a me diagnosticar como tendo *esquizofrenia paranoide*. Entretanto, como é notório no meio psiquiátrico, o processo de diagnóstico de uma psicopatologia deve sempre ser provisório, levando-se em consideração a dificuldade de isolar e classificar a sintomatologia do paciente. Portanto, para nossos propósitos, entendamos, genericamente, que eu sou um psicótico, um indivíduo que enxerga a realidade de forma distorcida e que manifesta comportamentos, para alguns, irracionais.

Algumas vezes fui diagnosticado como tendo transtorno esquizoafetivo, mas esse diagnóstico não se manteve porque eu não tenho lá tantas oscilações de humor, mesmo quando não estou tomando carbonato de lítio.

Tive tantas internações de 2005 para cá que, infelizmente, me tornei uma pessoa institucionalizada, ou seja, parece que eu me sinto melhor quando estou internado do que quando estou em casa ou na universidade discutindo filosofia. Neste sentido, posso mencionar o livro de Austregésilo Carrano Bueno, *Canto dos Malditos* (2000), que foi adaptado ao cinema com o título *Bicho de Sete Cabeças*. Nesse livro, o autor faz uma crítica virulenta ao sistema sanatorial. Eu tendo a concordar com ele que a maioria dos sanatórios são verdadeiros “depósitos” de seres humanos, o que é paradoxal, pois assim como Austregésilo, eu me acostumei ao lixo, à degradação vivida num sanatório qualquer.

Entretanto, penso que o mais salutar para uma pessoa como eu talvez seja frequentar um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um lugar onde se passa parte do dia fazendo atividades e conversando com psicólogos e psiquiatras e, ao fim da tarde, se retorna para casa.

Hoje me encontro há cerca de 10 meses sem ser internado (o que é uma glória), mas, mesmo tomando meus medicamentos, ainda tenho visões e intercorrências clínicas. O fato é que eu estou me acostumando a viver fora dos limites de um sanatório e estou muito entusiasmado por retomar meus estudos em filosofia da mente. Porém, devo confessar que, às vezes, me passa pela cabeça ser internado novamente, é uma espécie de saudade doentia.

Em 2007, eu passei a frequentar o candomblé regularmente. Acredito que este seja o ambiente mais salutar para mim e para pessoas como eu. Isto porque nele eu me sinto bem e sou tratado como uma pessoa especial, um médium, enfim, uma pessoa privilegiada por manter um contato direto com o plano dos orixás. No candomblé, quando estou “recebendo”, eu perco completamente a memória do que se passa comigo. Dizem que não fico agressivo, tampouco me machuco. É sempre melhor para a autoestima de qualquer pessoa ser visto como um ser “iluminado” a ser visto como um doente.

Por fim, comecei a namorar aquela garota especial com quem tive um breve romance no período mais turbulento de minha vida. Nos reencontramos pelo Facebook e estou extremamente feliz por estar agora morando com uma garota tão inteligente, linda, sensível e especial.

2. A arbitrariedade na psiquiatria

O tratamento da esquizofrenia é atribuição da psiquiatria. Doença complexa e de sintomatologia polimórfica, a esquizofrenia é o modelo mediante o qual se procura entender as causas relacionadas às doenças psicóticas. Nas últimas décadas muito se avançou no campo dos estudos genéticos, neurofisiológicos, neuropsicológicos, anatômicos, etc. Um dos grandes desafios atuais é conseguir entender como estes diferentes achados se correlacionam, na tentativa de um entendimento amplo – intersetorial – da esquizofrenia.

Porém, a própria definição das doenças está sujeita a arbitrariedades, e o diagnóstico psiquiátrico sofre as influências de sua época, com suas virtudes e preconceitos. Nos perguntamos a prevalência da esquizofrenia na população, mas raramente nos perguntamos o que é a esquizofrenia. Temos dúvidas diagnósticas, mas com bem menos frequência questionamos o que é um diagnóstico. Nossa prática psiquiátrica tende a ignorar a marginalidade e a incerteza.

O que se segue, nesta seção, é uma tentativa de recuperar a ingenuidade perdida pela repetição cotidiana do ritual diagnóstico. Pois nos acostumamos tanto aos pastos que nos alimentam que raramente visitamos as cercas que o delimitam. É improvável, animais limitados que somos, que os limites possam ser plenamente concebíveis. E, na dúvida, na escuridão, talvez não nos faça mal um pouco de sinceridade, essa luz negra que nos revela o engano sem nos revelar a verdade.

2.1. A incerteza nosográfica

De tempos em tempos ganham força correntes psiquiátricas que acreditam na validade empírica de sua nosografia (a descrição das doenças). Entenda-se por validade empírica a idéia de que o transtorno mental exista como entidade real e natural na população. Ou seja, a *doença mental* seria uma entidade que foi, ou deve ser, descoberta, e não simplesmente conceituada através de um construto teórico. O grande psiquiatra alemão Emil Kraepelin, quando agrupou na mesma entidade clínica a hebefrenia de Hecker, a catatonia de Kahlbaum e outros casos de evolução deteriorante crônica, acreditava ter revelado uma nova doença que – até então – tinha sido mal percebida pelos outros médicos. Pelo menos quando a descreveu, Kraepelin acreditava na realidade naturalística da *demência precoce* como doença, e não como convenção diagnóstica.

Mesmo Kurt Schneider mostra uma pretensão naturalística quando descreve os famosos sintomas de primeira ordem, em seu texto clássico:

De um valor diagnóstico extraordinário para a admissão de uma esquizofrenia são determinadas espécies de ouvir vozes: ouvir os próprios pensamentos (pensar alto), vozes, na forma de fala e resposta e vozes, que acompanham, com observações, a ação do doente. [...] Quando, realmente, houver um erro sensorial, então ter-se-á em mãos um dado muito importante para o diagnóstico da esquizofrenia (Schneider, 1976, p. 159-60).

Ora, quando Schneider faz estas afirmações, não deixa de fazer a inversão do processo de conhecimento nas ciências naturais: cria sua definição baseado em sua valoração subjetiva e, em seguida, encaixa ou descarta o que vê em relação a ela. Assim, se crio um conceito de esquizofrenia que inclua estes sintomas, a consequência lógica é a de que o que for esquizofrenia *dentro deste conceito* apresentará estes sintomas. O que se supõe prova empírica é meramente prova tautológica. O perigo de se interpretar naturalisticamente uma convenção é o de acreditar que se criou conhecimento quando tão somente se criou um dicionário.

Mesmo dentro do DSM-IV e da CID 10, sistemas classificatórios mais difundidos², não se tem a pretensão de que a classificação englobe todas as manifestações clínicas, nem que as mesmas apresentem validade naturalística. Pode-se ler, por exemplo, uma advertência constante no próprio DSM-IV:

² O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) vem sendo publicado desde 1952, pela American Psychiatric Association. A Classificação Internacional de Doenças (CID) (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD*) é publicada pela Organização Mundial de Saúde, e sua primeira versão foi feita na França, em 1893. A décima revisão é de 1990.

Os critérios diagnósticos e a classificação de transtornos mentais do DSM-IV refletem um consenso das formulações atuais relativos aos conhecimentos adquiridos em nossa área. Eles não englobam, entretanto, todas as condições passíveis de tratamento ou possíveis tópicos de pesquisas (American Psychiatric Association, 2002, p. 33).

Há, enfim, um grau inevitável de arbitrariedade na formulação de diagnósticos médicos, onde “arbitrário” diz tanto de quem os recebe, quanto de quem os aplica. No ato de diagnosticar, o psiquiatra transpira toda a sua vida de influências teóricas, de concepções do conceito de doença, de crenças sobre suas etiologias, que em absoluto podem ser consideradas ideologicamente neutras, ou receber valor empírico irrefutável. No geral, utilizamos mais nossos “dicionários” do que provas nosológicas empíricas.

Talvez a arbitrariedade seja uma forma inevitável do olhar nosográfico. Isso na medida mesmo em que enxergar é uma forma de poluir, de alterar a realidade segundo nossos conceitos, para que a mesma possa ser assimilada. O que é perigoso é esquecer que a representação que fazemos do mundo, e da nosografia psiquiátrica, estará previamente condicionada pelo instrumento de que nos valem para captá-lo. Ou seja, o limite de nossas classificações é a consciência de sua arbitrariedade. Quantas classificações já não foram propostas (Pessoti, 1999)? Houve efetivamente um conhecimento empírico que nos permitisse organizar as alterações mentais de tal forma, em detrimento de outra? E os casos atípicos? E os inclassificáveis? Não será um grau de arbítrio manifestado nas semelhanças pelas quais agrupamos os diagnósticos?

Como apresenta algum grau de arbítrio, o diagnóstico psiquiátrico sofre as influências de sua época, com suas virtudes e preconceitos. Não é gratuitamente que até a década de 70 a homossexualidade ainda era tida como transtorno mental, ou que o eminente psiquiatra espanhol Antonio Vallejo-Nájera procurasse descrever a suposta inferioridade e os estigmas mentais dos “verdadeiros comunistas” entre os presos políticos do regime de Franco.

Nessas esferas, vemos a incerteza caminhar para dois opostos: de um lado há uma reificação do diagnóstico, que se hipertrofia à qualidade de doença naturalisticamente evidente, inquestionável portanto. De outro lado, tão extremadamente quanto, a tendência a despir o diagnóstico de sua real utilidade, ou mesmo de considerar o diagnóstico psiquiátrico como ação necessariamente iatrogênica³. No fundo, ambas as posições se tornam uma tentativa de evadir à incerteza radical que implica nossa nosografia.

Quando o diagnóstico toma ares de existência fora da convenção, existe a esperança de que se tenha em mãos uma entidade suficientemente rigorosa conceitualmente que permita, na investigação biológica, que se encontrem achados consistentes. É inegável o avanço das neurociências, bem como sua utilidade. Apenas cabe questionar o esforço que se despande tentando validar biologicamente alguns transtornos mentais, quando – na verdade – a classificação nasceu totalmente desvinculada de pretensões etiológicas.

Supor que haja uma afinidade por etiopatogenia na classificação dos transtornos mentais é crer que as manifestações do comportamento patológico foram de tal modo claras, de tal modo evidentes, que a despeito de todo arbítrio que a história mostra, conseguiu-se com décadas de antecedência “prever” os mecanismos biológicos que lhes sustentavam. Nada nos permite esta clareza.

³ O termo *iatrogenia* designa o estado de doença que é resultante do tratamento médico.

2.2. Endofenótipos da esquizofrenia

Em vista do que foi dito, se uma classificação ousasse se apoiar nos achados somáticos (genéticos, anatômicos, neuroquímicos, neuroelétricos, etc.), não deveria começar tentando validar uma nosografia criada com fins de facilitar a comunicação entre profissionais, mas não organizada segundo as bases biológicas causais. Deveria antes criar, *a partir dos achados somáticos*, sua conceituação de quadros clínicos. Uma tal classificação, no atual estágio de conhecimento, não é possível. Entretanto, supondo um nível de conhecimentos biológicos idealmente suficiente, quão distante estaria tal classificação dos atuais sistemas diagnósticos? Poderíamos supor que alterações de circuitos cerebrais ou mutações genéticas diversas poderiam gerar quadros clínicos bastante semelhantes. Poderíamos ir mais além, e imaginar que mesmo quadros clínicos diferentes poderiam também ser patoplásticos à mesma alteração. Mas ainda estamos muito aquém do ideal e não detemos, em absoluto, volume de conhecimento que permita uma tal classificação.

Uma tentativa muito interessante neste sentido pode ser encontrada nas recentes pesquisas sobre “endofenótipos” na psiquiatria. O termo foi cunhado em 1966 pelos zoólogos John & Lewis, e introduzido na psiquiatria em 1972 por Gottesman & Shields (ver Gottesman & Gould, 2003), denotando “fenótipos internos” acessíveis apenas através da investigação bioquímica ou microscópica. Ainda que atualmente a maioria dos candidatos a serem classificados como endofenótipos não sejam identificados através da bioquímica ou da microscopia, o conceito fundamental é essencialmente o mesmo: o endofenótipo é algo que se situa entre as sutilezas do comportamento (virtualmente inacessível à pesquisa básica dada a sua complexidade) e os fenômenos biológicos elementares (genes, sinapses, etc).

O endofenótipo pode ser exemplificado por um comportamento menor, mais simples, que se associe à doença pesquisada e possa inclusive participar de sua origem, mas que não é – ele mesmo – a totalidade do comportamento patológico. Alguns critérios foram desenvolvidos para definir um endofenótipo (Gershon & Goldin, 1986): o endofenótipo deve estar associado com a doença na população; o endofenótipo é herdado; o endofenótipo pode aparecer de maneira independente da doença no indivíduo; nas famílias, o endofenótipo e a doença são co-segregados.

Um exemplo simples de endofenótipo é a inibição de potenciais evocados por pré-pulso. A ideia, a despeito do nome, é bastante simples. Quando recebemos um estímulo (auditivo, por exemplo), é possível visualizar, com métodos eletroencefalográficos, um potencial elétrico associado ao estímulo (chamamos isso de “potencial evocado”). Entretanto, se este estímulo for precedido em alguns milissegundos (300 ms, por exemplo) por outro estímulo semelhante, o potencial obtido será – na imensa maioria das pessoas normais – menor do que aquele evocado com estímulo único. Isso é chamado de “inibição por pré-pulso” (ou PPI, na literatura anglofônica).

Há uma ampla literatura apontando que esquizofrênicos falham em suprimir o potencial evocado após um pré-pulso (Braff et al., 2007). Mais do que isso, esta “falha” de inibição é vista, com maior frequência do que na população geral, em familiares saudáveis de pacientes esquizofrênicos. Uma analogia tradicionalmente feita compara este fenômeno a uma “falha de filtragem” da informação, que acaba ganhando representação neurofisiológica em “intensidade” (ao menos elétrica) maior do que nos indivíduos sem esta característica.

Ainda assim, há uma ampla distância entre a definição de endofenótipos e a complexidade do comportamento humano, seja normal ou patológico. Podemos até mesmo pensá-los como indicadores de funções mais elementares no psiquismo, cuja falha poderia – em efeito somatório com outras – levar à patologia franca. Mas mesmo assim, ainda estamos longe de fundar em endofenótipos qualquer sistema classificatório diagnóstico minimamente funcional.

2.3. A incerteza dos limites

O extremo oposto do pragmatismo diagnóstico, que é não enxergar na classificação psiquiátrica qualquer validade, ou mesmo enxergar nela uma atitude iatrogênica por parte do profissional de saúde mental, também teve seu espaço. Isso pode ser bem evidenciado pelo texto de Laing (1974, p. 47):

Sob o signo da alienação, cada aspecto da realidade humana está sujeito à falsificação e uma descrição positiva só pode perpetuar a alienação que não é capaz de descrever, aprofundando-a mais ainda ao disfarçá-la e mascará-la. Precisamos então repudiar um positivismo que atinge a sua “autenticidade” mascarando com êxito o que é e o que não é, seriando o mundo do observador mediante transformação da realidade dos fatos em *capta*, que são *aceitos como dados*, despojando o mundo do ser e relegando o fantasma do ser a um mundo sombrio de “valores” subjetivos.

Não deixa de haver uma certa ingenuidade na ideia de que conseguimos olhar para o mundo sem pré-julgamentos, sem classificações. Quem se responsabiliza pelo acompanhamento psiquiátrico de alguém mentalmente perturbado terá de fazer escolhas, me que será quase impossível operacionalizar-se sem um mínimo de conhecimento (e aplicação) de rotinas diagnósticas. A escolha da farmacoterapia, o enfrentamento de questões prognósticas, o aconselhamento familiar... Todas estas são questões em que o conhecimento nosográfico é exigido.

Mas, o que separará o caso clínico – este sim passível de diagnóstico e virtual candidato a tratamento específico – da variação “normal” do comportamento? A presença de “sintomas” é suficiente para a confecção diagnóstica? O critério de corte será a constatação destes traços? Será a adaptação social? Será a presença de fases nitidamente definidas? A incompreensibilidade? A presença de sofrimento? A constatação de um achado somático? Um gene? Um Édipo? Pois não há exceções a todos estes cortes? Não vemos pessoas de temperamentos excessivos (doentios?) passar a vida relativamente bem adaptadas (como Villa-Lobos, Glauber Rocha, Vinicius de Moraes)? Ou, ao contrário, a má adaptação social em pessoas sem alterações “endógenas” (Kafka, Thoreau, Schopenhauer)? Ou mal-adaptados, mas que a posteridade reconheceu na mistura entre doença e sanidade uma revolução em suas áreas e que, no todo, tornaram toda a sociedade mais saudável (Nietzsche, Hemingway, Van Gogh, Hölderlin)? Mais uma vez, onde se coloca o corte entre saúde e doença?

Em exagero, toda a sociedade será doente se assim definirmos. Por outro lado, toda loucura é passível de expiação em nome da quebra do ato social comum, e pode ser vista como ruptura saudável da conserva cultural. Entre os exageros diagnósticos dos alienistas antigos e modernos, e a loucura idealizada como libertadora, onde nos posicionamos? Não é o limite entre a sanidade e a insanidade um ato de escolha que

fazemos de maneira por vezes tão primária que nos parece evidente por si? Não é o limite um arbítrio?

3. Alucinação como observação e como projeção do cérebro

Nos relatos de esquizofrênicos, chama atenção o fato de se ouvirem vozes, que geralmente são tomadas como sendo reais e localizadas fora da cabeça, e também de se verem pessoas que não existem. Estes fenômenos de alucinação podem ser considerados “projeções” do cérebro, onde este termo é entendido como uma construção representacional gerada no cérebro e acessível ao sujeito. Examinando os conceitos de alucinação e projeção na literatura neurocientífica, utilizamos uma particular metateoria da observação para sondar esse assunto de maneira diferente.

3.1 A metateoria causal-pluralista da observação

Numa tarde agradável e chuvosa, um arco-íris se forma ao leste. O que estou observando, ao olhar para o arco-íris?

De acordo com a metateoria⁴ causal-pluralista da observação (Pessoa, 2011), posso atribuir o foco de minha atenção a qualquer estágio do processo causal que leva à minha observação. No caso, o processo causal se inicia com a “fonte” de luz, que é o Sol. Os raios de luz são modificados por uma “obstrução”, que no caso são gotículas de água suspensas na atmosfera. Além disso, os raios que chegam até meus olhos passam por um “meio”, que após as gotículas é a atmosfera da cidade. Qualquer um desses estágios do processo de propagação da luz pode ser considerado o foco de atenção de minha observação, o “objeto” de minha percepção.

“Observação” é *sensação* (percepção, vivência) acompanhada de *teorização* (interpretação, representação, pretensão conhecimento). Ao olhar para um arco-íris, posso dizer que estou observando o Sol, gotinhas líquidas, ou mesmo a atmosfera. Porém, tal juízo pressupõe considerações teóricas a respeito do mundo, pressupõe uma certa representação de mundo. Se eu julgasse que estava observando cristais de gelo ao olhar para o arco-íris, eu estaria enganado, estaria usando uma teoria falsa. A correção do meu juízo de observação depende da correção da teoria que utilizo para interpretar a sensação.

Se eu estivesse vendo o arco-íris através de uma grande janela de vidro transparente, eu poderia dizer que estava observando o vidro? Se o vidro tivesse algum arranhão, eu poderia identificá-lo, mas se ele for perfeito, ele em nada modifica a cena que eu veria se a janela estivesse aberta (sem vidro). Neste caso, diremos que fazemos uma “observação de efeito nulo” do vidro, o que pressupõe que minha teoria ou conhecimento de que há um vidro cristalino à minha frente é verdadeiro.

Este é um resumo da metateoria da observação que utilizaremos para estudar o que se passa quando ocorre uma alucinação. Essa abordagem pressupõe que o “receptor” da observação é um sujeito *consciente*, e admite que há uma lacuna explicativa entre a descrição materialista que a ciência atual nos fornece e a vivência de

⁴ O termo “metateoria” é usado porque ela se refere à observação como uma combinação de sensação e teorização, e não queremos confundir esta teorização do sujeito com a metateoria que fala desta teorização.

qualidades subjetivas. Ou seja, aceito que haja problemas “difíceis” da consciência, não abarcados pela atual ciência materialista ou física, mas não vejo porque eles não possam ser tratados cientificamente, mesmo que de maneira peculiar.

Um robô em Marte não “observa”, quem observa somos cada um de nós, que vemos as fotos tiradas no planeta vermelho: como essas imagens são o resultado da cadeia causal na qual o solo marciano é um obstrutor, e que após caminhos tortuosos chegam à nossa consciência, não há dúvidas que cada um de nós observa Marte, ao ver as imagens impressas no jornal.

3.2 Observações no cérebro

Nossa retina faz parte dessas cadeias causais em que a luz é o “veículo” que carrega energia e que é modulada por diferentes coisas do mundo. Na retina, o veículo é modificado (há transdução entre formas de energia), mas a cadeia causal continua seguindo seu caminho, no interior do nosso cérebro. Podemos dizer que fazemos uma observação de efeito nulo da nossa retina. Se ela for cutucada, podemos ver pequenos flashes de luz, um efeito chamado “fotopsia”. Senão, ela atua quase como um vidro transparente. Porém, a estrutura reticulada da retina pode ser observada em certas ilusões de óptica, como nas bandas de Mach ou na grade de Hermann-Hering.

Em sentido análogo, podemos dizer que as áreas do córtex visual que estão ativas em um certo momento são observadas por efeito nulo. O problema aqui é que não possuímos uma teoria suficientemente boa para elucidar os detalhes do que estamos observando.

Consideremos as qualidades subjetivas das cores que vemos no arco-íris. Ao observarmos a vermelhidão de uma das faixas do arco-íris, o que estamos observando? Sabemos, pelo menos desde Galileu, Descartes e Locke, que os *qualia* associados a cores, sons, cheiros etc. não estão nas coisas do mundo externo a nós (as qualidades “secundárias”), mas são projeções da mente. O seguinte argumento pode ser dado: observamos *faixas* discretas de cores no arco-íris, mas a física nos ensina que a radiação eletromagnética provinda do arco-íris tem uma frequência que varia *continuamente* ao longo do raio do arco. Assim, as faixas não existem no mundo externo, mas são criações de nosso aparelho perceptivo.

Por outro lado, nós observamos a vermelhidão, portanto é legítimo perguntar qual é a etapa do processo da observação que é causa necessária da vermelhidão. Na percepção visual, uma das últimas áreas antes que a cadeia causal de origem exógena passe a ser integrada nas áreas de processamento superior é a área V4. Partes desta área, e regiões adjacentes, são necessárias para a geração dos *qualia* cromáticos, pois sabe-se que lesões nessas regiões levam à “acromatopsia cerebral”, quando o sujeito torna-se incapaz de distinguir manchas de diferentes cores (Conway et al. 2010). Isso poderia sugerir que, ao focarmos nossa atenção nos *qualia* das cores, estamos observando a área V4 do córtex visual. Porém, não se pode concluir que o *quale* da vermelhidão é gerado nesta região, pois é plausível que ele o seja nas regiões de ordem superior.

Até este ponto da cadeia causal visual, temos uma cadeia “direcionada e acíclica” (Pearl, 2000, pp. 12-3), em que ciclos de retroalimentação (*feedback*) ocorrem apenas localmente, permitindo que se aplique a metateoria. Porém, na etapa posterior a este ponto, há de se levar em conta o maciço *feedback* que ocorre no cérebro, complicando a análise. Onde termina a cadeia causal da percepção? Os rios causais direcionados e acíclicos que vêm do exterior são mesclados em um delta de ciclos de

feedback chamada “áreas de ordem superior”. A partir disso, emerge o “eu” (um problema “difícil”).

O materialismo que aceita a tese da superveniência do mental sobre o cerebral afirmará que a sensação subjetiva de vivência da faixa vermelha emerge de algum *tipo* de processo cerebral no indivíduo em questão. Este processo certamente ocupa um volume finito de espaço, mas não se sabe qual é a fronteira deste homúnculo perceptivo. Para fins práticos, pode-se considerar que é o cérebro como um todo.

Estou na praia, de olhos fechados, e ouço um som típico, e sei identificar que é uma onda do mar quebrando. Trata-se, sem dúvida, de uma observação da onda. Claro, minha teoria sobre onde estou no mundo poderia estar errada, e o som poderia ser sintetizado por um computador, mas na medida em que estou correto em supor que estou na praia, e não num *matrix*, estou de fato observando uma onda do mar quebrando.

A teoria envolvida nesta identificação não é muito sofisticada, é o que podemos chamar de “teoria de médio nível”, algo que aprendemos com a experiência. Uma teoria de “alto nível” seria, por exemplo, a teoria física que explica a natureza do arco-íris. Uma teoria ou interpretação de “baixo nível” seriam conhecimentos tácitos acoplados à estrutura de nosso aparelho perceptivo, como a noção de que o volume (*loudness*) de um som é maior do que de outro. “Percepção” é sensação associada a teorização de baixo nível.

Ouçó uma criança chorando: trata-se de uma observação de uma criança chorando, sem dúvida. Agora, identifico uma marchinha de carnaval vindo de uma corneta. Trata-se da observação de uma sequência sonora, e minha teoria a respeito do mundo automaticamente identifica a marchinha. Ouço a frase ao meu lado, “vamos cair no mar!” Estou observando o sentido da frase? Não exatamente: o significado da frase é algo que meu cérebro esquerdo compreende em ½ segundo, é algo relacionado com a teoria que possuo, que neste caso é o que chamamos de linguagem. Eu sou capaz de repetir esta frase em ¼ de segundo, utilizando a grande rodovia de nervos chamada “fascículo arqueado” do meu hemisfério esquerdo. Quando a frase foi emitida ao meu lado, tive uma *sensação* sonora que foi rapidamente interpretada teoricamente. Isso sem dúvida é uma observação, incluindo a compreensão do sentido da frase, mas essa compreensão se origina do lado da teorização, não da sensação. Explicar o processo de compreensão também é um problema “difícil”.

Caio no mar, e vejo um paraquaidista pousar na areia. Identifico rapidamente que se trata de um homem caindo de paraquedas. Esta identificação é semelhante à compreensão linguística de uma sequência sonora, mas ela não envolve o que chamamos de linguagem. Um feixe luminoso incide em minha retina durante alguns segundos, e eu sou capaz de automaticamente (pela via óptica ventral) associar a sensação a conteúdos em minha memória. Essa identificação, é claro, envolve o que estamos chamando de “teorização”.

Creio que a metateoria causal-pluralista da observação se sai muito bem em dar conta das observações cotidianas, das observações científicas, das observações de ilusões, e de alguns eventos cerebrais como fosfenos (uma pancada na cabeça que gera um clarão de luz) e escotomas cintilantes de enxaqueca (que se originam em regiões específicas do cérebro). A “observação” de qualia cromáticos já é mais problemático, assim como a identificação do sentido de frases ouvidas e lidas, e a identificação de objetos em geral, em relação às quais a metateoria recorre, de maneira vaga, à “teorização” (interpretação) que surge de maneira desconhecida a partir do hardware do cérebro.

Tentaremos agora aplicar esta metateoria para dar conta de alucinações. Mas antes, examinamos três tipos mais comuns de alucinações.

3.3. Três tipos de alucinações

Num ataque de enxaqueca, um “escotoma” cintilante aparece em uma área do córtex visual, e o sujeito o interpreta utilizando uma teoria de baixo nível: identifica apenas uma mancha cintilante que cresce lentamente e que sabe, por experiência, que irá gerar uma dor de cabeça dentro de um quarto de hora. A dor também é uma observação desta região do cérebro.

Alucinações também se originam regiões específicas do cérebro. Na *síndrome de Charles Bonnet*, por exemplo, sabe-se que são áreas de processamento visual inferiores do córtex temporal (Sachs, 2012). Normal em pessoas que ficam parcial ou completamente cegas, essa síndrome se manifesta pelo surgimento de personagens que parecem ter saído de um desenho animado ou história em quadrinho, dentre outras figuras. O sujeito geralmente sabe que o que as imagens “liliputianas” representam não corresponde a algo real (seria assim uma “pseudoalucinação”). Trata-se claramente da *observação* de uma região cerebral, região esta que é normalmente usada no processo de identificação de rostos, pessoas e animais. Pode-se dizer que tais observações envolvem uma teorização de médio nível, pois as figuras são interpretadas como rostos, pessoas ou animais.

Alucinações em epilepsia do lobo temporal podem levar o sujeito ao passado, sendo cheias de significado, sentimento e familiaridade, geralmente envolvendo todos os sentidos (Sacks, 2012). Neste caso, registros de memória estão presentes nas regiões que são fonte da cadeia causal que gera a observação alucinatória. Tal fonte pode ser um pequeno derrame. Neste caso, o derrame é “observado”, mas um leigo geralmente interpreta a sensação endógena com uma teoria (de médio nível) que não faz referência ao derrame, mas sim ao evento passado que está registrado na memória. Da mesma maneira que, na metateoria causal-pluralista, ver uma fotografia de Charles Darwin é uma observação de Charles Darwin, uma alucinação mnêmica é uma observação de um evento passado, uma “repercepção” (ver Blom, 2010, p. 451).

Um terceiro tipo de alucinação é a *alucinação psicótica* de um esquizofrênico. O sujeito pode ver crianças sem rosto, por exemplo, e ter o nítido sentimento de que elas são reais. Neste caso, a alucinação é acompanhada de um engano (*delusion*). Temos a ativação de regiões do cérebro, que são observadas, mas que são interpretadas (com teorização de médio nível) como sendo objetos no mundo externo. É plausível supor que a fonte da observação, uma vez interpretada de certa maneira, receba um estímulo de feedback das áreas responsáveis pela teorização, de tal forma que a sensação criada endogenamente passe a se assemelhar com aquilo que o sujeito espera teoricamente. Neste caso, olhando para os processos causais “circulares” envolvidos, podemos dizer que, na alucinação psicótica, a teorização atua causalmente da mesma maneira que a sensação, como fonte do estímulo.

Escrevo até tarde da noite e começo a ouvir vozes: “vamos pra praia”, em voz feminina e não ameaçadora. Trata-se de uma alucinação auditiva verbal. O que estou observando? Estarei observando alguma parte da minha área de Wernicke, como causa mais próxima, ou a fonte é uma região do lobo temporal auditivo (passando ou não pela área de Wernicke)? Não tenho uma adequada teoria de alto nível para interpretar essa percepção interna, então interpreto de maneira linguística, como “alguém me solicitando

para ir à praia” (porém sem projetar a fonte no mundo externo), ou simplesmente como uma alucinação auditiva.

3.4. Alucinações como projeções

Há diversas teorias psicológicas sobre alucinações, e muitas delas se baseiam na noção de *projeção* de conteúdos mentais. O neurologista inglês John Hughlings Jackson (1884) afirmava que alucinações se originariam da atividade normal dos centros evolutivamente mais primitivos do cérebro. Essa concepção gerou teorias que associavam vários tipos de alucinações a disfunções do tronco encefálico. Na década de 1920, por exemplo, o psiquiatra francês Jean-Jacques Lhermitte associou certas alucinações a lesões no pedúnculo cerebelar (Blom, 2010, pp. 396-7).

A noção de projeção de perceptos já estava presente nos pioneiros da psicanálise, como o psiquiatra suíço Eugen Bleuler que, em 1903, escreveu sobre “alucinações extracampinas”, ou seja, fora do campo das percepções ordinárias. Carl Jung sofria de alucinações, e quando não as interpretava de maneira sobrenatural, as definia simplesmente como “a projeção, dirigida para fora, de elementos psíquicos” (Jung, 1907, apud Blom, 2010, p. 293).

Em 1909, o psiquiatra italiano Eugenio Tanzi propôs que um mecanismo de “condutibilidade reversa” para explicar alucinações, mecanismo esse que inverteria o fluxo de informação entre os centros de sensação e de representação (Blom, 2010, p. 454). Em 1958, o psiquiatra estadunidense Louis West levou adiante a teoria de que partes inferiores do cérebro poderiam produzir “perceptos endógenos” que seriam “liberados” nos centros superiores corticais (Blom, 2010, pp. 396-7).

Em 1975, Siegel & Jarvik retomaram essa abordagem no contexto da teoria da informação, salientando a “projeção” de imagens endógenas no “olho da mente”, ou seja, na tela subjetiva formada pelo campo visual ou perceptual. Na ausência de percepções do mundo externo, a mente estaria envolvida com “quase-percepções”, que incluiriam o pensamento, a imaginação, os sonhos ou, no caso mais vívido, alucinações. Segundo os autores, “alucinações ocorrem quando imagens [*imagery*] são projetadas para fora do observador e são vistas como separados do projetor” (Siegel & Jarvik, 1975, apud Blom, 2010, p. 182). Mais recentemente, Collerton, Perry & McKeith (2005) propuseram uma teoria para explicar como objetos alucinados são integrados no ambiente extracorporal, a partir de um modelo de “déficit de atenção e percepção”.

A noção de projeção, usada em muitas dessas descrições de alucinações, faz sentido intuitivo, mas merece reflexão filosófica. Afinal, como é possível o cérebro fazer projeções? Seria algo análogo a um projetor de diapositivos?

Podemos definir “projeção” como uma criação mental que é associada ao mundo espaço-temporal exterior, ou o que quer que esteja ocupando nosso “olho da mente”. Explicar em detalhes como essa associação se dá provavelmente remete ao não resolvido problema “difícil” da consciência.

De qualquer forma, para esclarecer o significado do termo, vale a pena considerar atividades mentais que *não* sejam projetivas. A dimensão passiva de uma sensação visual poderia ser considerada não projetiva, na medida em que ainda não é interpretada, mas já vimos que a própria associação de qualia cromáticos a uma cena de origem externa envolve projeção. Por outro lado, há elementos ativos da vida mental, como pensamentos abstratos, que podem não estar associados ao mundo espaço-temporal, e portanto não seriam “projeções”. O mesmo se aplicaria para uma imagem

mental isolada, como uma cobra mordendo o rabo, desde que não seja associada a um pano de fundo externo.

Alucinações, por outro lado, especialmente quando são consideradas reais (ou seja, quando não são pseudoalucinações), envolvem projeção no mundo exterior. No caso de alucinações, a projeção é facilmente discernível; já em situações não patológicas, é mais difícil reconhecer a presença de uma projeção.

3.5. Projeções alteradas do “eu”

Um bom exemplo de uma projeção difícil de reconhecer em situações normais é o que chamamos de “eu”. Identificar o eu ao nosso corpo parece natural, mas há patologias que alteram essa projeção usual do eu. Muitas dessas patologias envolvem uma “agnosia”, ou seja, uma perda do conhecimento de algum tipo. Vejamos alguns exemplos.

(1) Na *assomatognosia*, há uma falta de reconhecimento de partes do próprio corpo, ou uma rejeição deles. Essa condição geralmente ocorre em pacientes paralisados por um derrame. O membro paralisado não é considerado seu, mas de uma outra pessoa, como o médico ou de alguém do sexo oposto. É comum o paciente chamar o membro paralisado de nomes (“personificação”), ou considerá-lo morto (Feinberg, 2001, pp. 8-20).

(2) A *anosognosia* envolve negação ou falta de reconhecimento da própria doença. Pacientes com lesão no hemisfério direito do cérebro, que têm paralisia do lado esquerdo do corpo, podem negar que tenham esta paralisia, como descreveu Babinski, em 1914. Bisiach (1987), porém, mostrou que água gelada no ouvido esquerdo pode fazer o paciente reconhecer a paralisia! Ramachandran concluiu que isso mostraria o isolamento de duas personalidades distintas na mesma pessoa (Ramachandran & Blakeslee, 2004, p. 190). Pode haver também *confabulação*, que é um discurso falso que não consiste de uma mentira consciente, e está associado a lesões do lobo frontal (Feinberg, 2001, p. 69).

(3) Na *desatenção hemi-espacial*, metade do campo visual é negligenciado. Pacientes com derrame no lobo parietal direito deixam de perceber o lado esquerdo do campo visual. Costuma haver também negação da cegueira (síndrome de Anton): o paciente projeta ou preenche o campo visual com um cenário imaginário.

(4) A *autoscopia* é uma alucinação visual que projeta o eu no mundo exterior, como uma alma gêmea, um “alter ego”, ou *Doppelgänger*.

Muitas outras patologias poderiam ser mencionadas, mas esta pequena lista dá uma ideia de como a projeção do eu pode ser modificada de maneira não intencional.

Mencionamos o neurocientista Vilayanur Ramachandran, que em seus estudos de pessoas com membros fantasma, como um braço amputado, salienta dois conceitos básicos. O primeiro é justamente a projeção do eu, e o fato de que “construímos o mundo” por preenchimento, como no caso do sujeito com um braço amputado que ainda sente sua mão fechada. O segundo ponto é a existência de eus inconscientes, que ele chama de “zumbis”, que desempenham tarefas no processamento perceptivo, e que podem ser enganados, como no caso de pacientes com braço amputado que conseguem “abrir a mão fechada” do membro fantasma, usando um espelho que reflete opticamente a abertura da mão do outro braço (Ramachandran & Blakeslee, 2004, cap. 3).

Outro exemplo de preenchimento ou projeção ocorre com o ponto cego em nosso campo visual. O ponto cego é uma região sem entrada sensorial, mas que o

cérebro/mente “preenche” com o padrão ao seu redor, de forma que não temos ciência dele. Ramachandran fornece exemplos surpreendentes de preenchimento, como o de uma linha reta quebrada, quando a quebra cai em nosso ponto cego. Se no lugar da linha preta houver uma sequência de letras, preenchamos com um padrão envolvendo “signos” aleatórios! As alucinações lilipuianas da síndrome de Charles Bonnet, mencionadas acima, também são um exemplo de preenchimento em pessoas parcialmente cegas (Ramachandran & Blakeslee, 2004, cap. 5).

3.6. Conclusão

Nesta parte de nosso artigo a três mãos, explorei alguns aspectos neurológicos da experiência alucinatória, salientando especialmente a noção de “projeção”. Procurei também usar uma abordagem fisicista para interpretar uma alucinação como uma observação do cérebro em que a teorização (de médio nível) afeta a própria fonte da sensação endógena.

Mas a explicação verdadeira das alucinações psicóticas ainda é desconhecida, assim como das causas da esquizofrenia. Pode-se até pôr em dúvida a possibilidade de tais explicações definitivas, como alertado na segunda parte deste artigo. De qualquer maneira, a vivência das alucinações, relatada de maneira tão sensível na primeira parte do artigo, fornece um valioso caminho de reflexão para se tentar desvendar os mistérios da mente.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer aos organizadores e participantes do *IX Encontro Brasileiro Internacional de Ciência Cognitiva (EBICC)*, realizado em Bauru, pela viabilização de nossa mesa-redonda, em 06/12/2012, e pela discussão subsequente.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed., texto revisado. Trad. C. Dornelles. Porto Alegre: Artmed. Original em inglês: 2000.
- Blake, W. (2001). *O Matrimônio do Céu e do Inferno – O Livro de Thel*. Trad. J.A. Arantes. São Paulo: Iluminuras. Original em inglês: 1793.
- Blom, J.D. (2010). *A Dictionary of Hallucinations*. New York: Springer.
- Braff, D.L.; Freedman, R.; Schork, N.J. & Gottesman, I. (2007). “Deconstructing schizophrenia: an overview of the use of endophenotypes in order to understand a complex disorder”. *Schizophrenia Bulletin* 33: 21-32.
- Bueno, A.C. (2000). *Canto dos Malditos*. Rio de Janeiro: Rocco.

- Collerton, D.; Perry, E. & McKeith, I. (2005). “Why people see things that are not there: a novel perception and attention deficit model for recurrent complex visual hallucinations”. *Behavioral and Brain Sciences* 28: 737-94.
- Conway, B.R.; Chatterjee, S.; Field, G.D.; Horwitz, G.D.; Johnson, E.N.; Koida, K. & Mancuso, K. (2010). Advances in color science: from retina to behavior. *Journal of Neuroscience* 30: 14955-63.
- d’Oliveira Neto, J.D. (2003). *Memórias de um Sanatório* (2003). Rio de Janeiro: Litteris.
- Feinberg, T.E. (2001). *Altered Egos: how the brain creates the self*. Oxford: Oxford University Press.
- Gershon E.S. & Goldin, L.R. (1986). “Clinical methods in psychiatric genetics. I: Robustness of genetic marker investigative strategies”. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 74: 113-8.
- Gottesman, I. & Gould, T.D. (2003). “The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions”. *American Journal of Psychiatry* 160: 636-45.
- Laing, R.D. (1974). *A Política da Experiência e a Ave do Paraíso*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes. Trad. A.B. Weissenberg. Original em inglês: 1967.
- Pearl, J. (2000). *Causality: Models, Reasoning, and Inference*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pessoa Jr., O. (2011). “Uma teoria causal-pluralista da observação”. In: Dutra, L.H. de A. & Luz, A.M. (orgs.), *Temas de Filosofia do Conhecimento*. Coleção Rumos da Epistemologia, vol. 11. Florianópolis: NEL/UFSC, pp. 368-81.
- Pessoti, I. (1999). *Os Nomes da Loucura*. São Paulo: Editora 34.
- Ramachandran, V.S. & Blakeslee, S. (2004). *Fantasma no Cérebro*. Trad. A. Machado. Rio de Janeiro: Record. Original em inglês: 1998.
- Sacks, O. (2012). *Hallucinations*. New York: Knopf. Um resumo é apresentado no TED Talk: http://www.ted.com/talks/oliver_sacks_what_hallucination_reveals_about_our_minds.html
- Schneider K. (1976). *Psicopatologia Clínica*. Trad. E. Carneiro Leão. São Paulo: Mestre Jou. Original em alemão: 1950.
- Shoemaker, S. (1975). “Functionalism and qualia”. *Philosophical Studies* 27: 291-315.