



REGISTRO  
16/5/95

# ARQUIVOS

DA

Coordenadoria de Saúde Mental do  
Estado de São Paulo



Programa Permanente de Arte, Cultura e Lazer nos Hospitais  
Dr. / insido. 351  
01246-801 - S. Paulo - F. 64-9255 - 250-8906

Composto e Impresso pelo  
SETOR GRÁFICO  
do Departamento Psiquiátrico II  
Franco da Rocha  
SÃO PAULO - BRASIL  
1969

Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Est. de S. Paulo

COORDENADOR

*Anthero Barradas Barata*

DIRETOR SUPERINTENDENTE DO D. P. I

*José Francisco Soares de Araujo*

DIRETOR SUPERINTENDENTE DO D. P. II

*Raphael de Mello Alvarenga*

SECRETARIO DOS ARQUIVOS

*Paulo Fraletti*

**Cartão Postal**

Aos

Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Est. de S. Paulo

Hospital de Juqueri

Franco da Rocha — E. F. S. J.  
São Paulo — Brasil

Pede-se permuta.  
Se solicita el canje  
On prie l'échange.  
Si prega l'intercambio.  
Man bittet um Austausch.  
Exchange is kindly solicited.

As obras e revistas de permuta assim como toda a correspondência devem ser dirigidas aos Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Est. de S. Paulo

Hospital de Juquerí

Franco da Rocha — E. F. S. J.  
São Paulo — Brasil

Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Est. de S. Paulo

Recebemos  
Nous avons reçu  
Wir erhielten      n° ..... do Vol. .... do Ano .....  
We received

Enviamos  
Nous envoyons  
Wir senden  
We send you

Assinatura: \_\_\_\_\_

Enderêço: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

ÍNDICE

*Psilocibina e alcoolismo crônico* ..... 5  
José Roberto de Albuquerque Fortes

Livros Lidos  
*"A arte e a neurose de João do Rio"* ..... 133  
Paulo Fraletti

*O Estruturalismo* ..... 135  
Átila Ferreira Vaz

Seção Psiquiátrico — Forense  
(Arquivo do Manicômio Judiciário do E. de S. Paulo)  
*Laudo do exame de sanidade mental do internado A. F.* ... 155  
João Bernardo Motta Campos e  
Ernani Borges Carneiro

*Laudo do exame de sanidade mental procedido na pessoa do internado A. R. P.* ..... 165  
Paulo Fraletti e  
Ernani Borges Carneiro

*Atas das Reuniões do Centro de Estudos "Dr. Franco da Rocha" de 27-1-1960 a 6-12-1960* ..... 197

JOSÉ ROBERTO DE ALBUQUERQUE FORTES

---

PSILOCIBINA E ALCOOLISMO CRÔNICO \*

(Contribuição para o estudo dos efeitos somáticos e  
psíquicos em 30 casos)

---

\* Tese de Concurso à Livre Docência de  
Clínica Psiquiátrica na Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo,  
apresentada em 1964.

## PREFÁCIO

O alcoolismo crônico, reconhecido por todos como um dos mais graves problemas médico-sociais da atualidade, é responsável por sérias conseqüências materiais, sociais e morais. A Organização Mundial de Saúde, através do sub-comitê especializado para o estudo do Alcoolismo, tem recomendado, reiteradas vezes, aos Serviços de Saúde Pública, o desenvolvimento de programas de estudo das suas causas e de planos de tratamento do etilismo.

Em São Paulo, segundo dados por nós publicados em 1959 (37), na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na Enfermaria de Homens, num total de 400 internações de setembro de 1956 a novembro de 1958, 120 correspondem a alcoolistas, ou seja, uma proporção de 30%, e na Clínica Neuro-Psiquiátrica do Hospital Municipal, num total de 1217 internações de setembro de 1952 a novembro de 1958, 519 correspondem a alcoólatras, ou seja, uma proporção de 42%. Idênticas cifras verificamos, como psiquiatra credenciado, em nosso consultório particular, prestando assistência aos segurados do IPASE em S. Paulo, durante os anos de 1958 a 1961. No Pronto Socorro Psiquiátrico de Vila Mariana do Departamento de Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo, por gentileza do Dr. Jorge W. Amaro, obtivemos os seguintes dados: num total de 542 casos examinados, nos plantões das terças-feiras, dos meses de novembro e dezembro de 1962, 108 correspondem a alcoólatras, ou seja, uma proporção de 19,9%, que nos dá a idéia da freqüência do alcoolismo em Serviços de Psiquiatria de Urgência.

Como sabemos, no trabalho, as conseqüências do alcoolismo repercutem gravemente sob a forma de faltas, queda do rendimento e eficiência, acidentes, agressões e fugas. Os alcoolistas estão freqüentemente solicitando abonos, licenciamentos e dispensas de suas funções. Tudo isto resulta em pesado ônus para

a sociedade, que ainda não logrou medidas seguras para enfrentar o problema. Os deslizes e faltas ao serviço, constantemente resultam em sindicâncias, inquéritos e processos administrativos, para cuja formação e estudo são solicitados os Departamentos Administrativos, Jurídicos e Médico-Assistenciais. Presentemente (março de 1963), encontram-se em andamento, registrados na Clínica Neuro-Psiquiátrica do Hospital Municipal, numerosos processos referentes a alcoolistas. Na Justiça Trabalhista também são freqüentes os processos de reivindicação, por vêzes descabidas, de alcoolistas.

A complexidade do problema, que vem evoluindo e se agravando através dos tempos, não permitiu ainda, aos órgãos administrativos dos serviços públicos, fixar uma orientação segura em face da questão. Alguns estatutos de servidores, assaz retrógrados, prevêem a demissão, pura e simples, a bem do serviço público para tais funcionários, ignorando a definição da Organização Mundial de Saúde, que os considera doentes e como tais necessitados de tratamento.

O Departamento Jurídico da Municipalidade de São Paulo, em vista das disposições do Estatuto do Servidor Público Municipal e de portarias de diferentes administrações, só agora é que vem fixando uma norma para solução dos problemas administrativos produzidos pelos alcoólatras. Os Drs. Carlos V. Savoy e Alexandre M. Zioni (92), no V Congresso Nacional de Psiquiatria, Neurologia e Higiene Mental, realizado na cidade de Salvador, no Estado da Bahia, em 1958, apresentaram um trabalho em que analisam, do ponto-de-vista Jurídico-Assistencial, a situação do servidor alcoólatra na Prefeitura Municipal de São Paulo. Nesse trabalho propõem os autores, medidas assistenciais mais severas para o alcoolista.

O Prof. Pacheco e Silva, com sua compreensão de psiquiatra, que encara a Psiquiatria vinculada às três vertentes biopsico-social, em numerosas palestras, conferências e trabalhos científicos tem advogado o estudo mais aprofundado do problema e adoção de medidas terapêuticas e profiláticas de grande amplitude para minorar a extensão do mal.

Por duas vêzes, em aula do Seminário de Assistência Psiquiátrica, em São Paulo, e em trabalho (39) apresentado na 1.<sup>a</sup> Semana de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, em Londrina, no Estado do Paraná, em 1960, tivemos a oportunidade de discutir os principais aspectos da Assistência ao Alcoólatra, propugnando por internações prolongadas em hospitais-colônias, aparelhados com recursos terapêuticos de base: desintoxicante, terapêutica de condicionamento, praxiterapia e psicoterapia, tudo visando a modificações mais profundas da personalidade do etilista e a sua reintegração ao meio social.

Como sabemos, no alcoolismo crônico, as reinternações são muito numerosas, decorrentes, por vêzes de tratamento muito superficial, limitado freqüentemente à simples desintoxicação, a qual nem sempre é completa.

Registramos, com satisfação, que êsses esforços não tem sido em vão, pois o Governo do Estado de São Paulo, creou no Hospital da Água Funda, nesta Capital, uma secção devidamente aparelhada para receber 200 pacientes. Por outro lado, a conclusão da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina possibilitou também maiores recursos assistenciais para êsses inenxeres. Além disso, a Prefeitura Municipal de São Paulo, estuda a instalação de uma colônia para a recuperação de alcoólatras, em terrenos de sua propriedade, em Osasco.

Todavia, a magnitude da questão, reconhecida atualmente como um grande problema de saúde pública, continua a exigir estudos mais acurados sob diversos pontos-de-vista, notadamente assistencial, propedêutico, terapêutico e psico-social.

A utilização de um nôvo psicodisléptico, a psilocibina, com a finalidade de realização de um ensaio terapêutico do alcoolismo crônico na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, proporcionou-nos o material para êste trabalho. Decidimo-nos utilizar os primeiros 30 casos de alcoolistas, submetidos à psilocibina, para a realização desta pesquisa em que focalizaremos também o emprêgo dessa substância com fins semiológicos no estudo do alcoólatra crônico.

Na realização dêste trabalho, contamos com o concurso dos Drs. Paulo Vaz de Arruda, Manoel W. Penna, Celso Antonio de Carvalho, da nossa colaboradora, Psicóloga Ilka Maia e do Serviço Social da Clínica Psiquiátrica.

A todos apresentamos os nossos agradecimentos.

## INTRODUÇÃO

Para melhor apreciar os objetivos colimados neste trabalho, devemos inicialmente fazer uma breve revisão dos principais aspectos do estudo científico do alcoolismo. Uma recordação das grandes linhas de investigação relativas à patologia mental do etilismo nos ajudará a compreender o estado atual dêste problema, assim como os objetivos visados com esta pesquisa.

Como sabemos, na medicina grega, a Escola de Cós descrevia a «intoxicação vinhosa». Hipócrates já proibia o uso do vinho pelos epiléticos. Muito depois, no século XI, um médico árabe, Albucasis, descobre a destilação das bebidas e contribui grandemente para agravar a toxidez dos alcoólicos. A despeito de, em tôdas as épocas, todos os povos terem lançado mão de substâncias inebriantes para a obtenção de prazeres, sonhos, euforia e bem estar, até meados do século passado o tema alcoolismo não foi abordado pròpriamente de forma científica. Únicamente a imprensa leiga se ocupava do assunto.

Chambard (24) diz: «o homem, rei dos animais, paga pesado tributo à sua supremacia: êle conhece a ansiedade, a curiosidade, o desgosto. Preocupado, em todos os tempos e diferentes lugares, em obter meios para afastar da consciência a miséria, encontrou três: a morte, a ação e o sonho. O primeiro exige coragem, o segundo energia, o terceiro é constituído por todos os «venenos da inteligência» . . .

Henri Ey (34), em seu tratado de Psiquiatria, divide a história do etilismo em três épocas: clínica, analítica e bioquímica. Nós acrescentaríamos a época pré-científica, representada pela publicação surgida anteriormente a 1852, na imprensa leiga, de artigos e ensaios, impregnados de preconceitos e pressupostos de ordem moral e religiosa, completamente destituídos de caráter científico.

Em meados do século XIX, 1856, um médico sueco, Magnus Huss (87) empregou pela primeira vez a palavra alcoolismo, para designar o conjunto de distúrbios somáticos e psíquicos produzidos pelo álcool; denunciou o tóxico como sendo fator de degeneração conforme a doutrina muito em voga na época. Seguem-se os trabalhos da escola francesa: Magnan (1874), Lasègue (1881), Legrain (1889), Garnier (1890), Mignot (1905), citados por Henry Ey (34), que nos deram as interessantes descrições e uma classificação das formas mentais agudas, subagudas e crônicas do etilismo. Na notável contribuição da escola francesa do século passado para o estudo das formas clínicas da toxicomania, é digna de registro especial, a magnífica descrição do Delirium Tremens, feita por Magnan (73) em 1893 e os estudos da toxidez das bebidas realizado por Legrain (67) em 1889. Também devemos salientar a contribuição de Legrand Du Saulle (68), publicada em 1886, assinalando a importância médico-legal da epilepsia associada ao alcoolismo.

No início deste século, nos países de língua alemã, Kraepelin (62), Bonhoeffer (15), E. Bleuler (14) apresentaram também notáveis trabalhos de descrições clínicas e de estudos sociológicos. Merece referência especial a descrição da paranóia alcoólica aguda dos bebedores, realizada por Kraepelin (62), a descrição da embriaguez patológica por Binswanger (12) e o estudo das relações entre o alcoolismo e as esquizofrenias, efetuado por E. Bleuler (14).

Neste período, fins do século XIX e início deste, surgiu todavia também uma literatura pseudocientífica sobre o alcoolismo, que obscureceu os aspectos etiológicos e patogênicos pelas considerações moralistas e passionais, ligadas estreitamente à teoria dominante sobre a degenerescência, segundo a qual: o alcoolismo é um vício, apanágio dos degenerados que conduz à loucura. . .

O aparecimento da escola psicodinâmica, no início deste século, orientou as investigações para as pesquisas psicológicas da personalidade profundamente alcoólatra, realizadas de forma sistemática. Especial ênfase foi dedicada ao estudo das relações do paciente com a família e com o meio social. Esta linha de investigação propiciou numerosas publicações, muitas delas com

evidentes exageros e fantasias nas suas conclusões. Sandor Rado (86), em seu trabalho «Narcotic Bondage», desenvolve interessante interpretação geral da dependência dos toxicômanos às drogas narcóticas, baseado na Teoria da Libido de Freud. Karl A. Menninger (76), em seu livro «The man against himself», dedica um capítulo ao alcoolismo. Defende a tese segundo a qual o alcoolismo é uma forma de suicídio parcial, e que são liberados os sentimentos auto-destrutivos e mitigados os sentimentos de culpa. Para Franz Alexander (2), os alcoolistas são frequentemente recrutados dentre os neuróticos, que particularmente inibidos em suas relações humanas, sofrem de intensos sentimentos de insegurança. O efeito fisiológico do álcool permitiria a estes pacientes expressarem-se com maior espontaneidade, mais livremente, sentindo-se mais eficientes e superiores.

Inspirados no monumental trabalho de Kretschmer (64), de 1921, vários autores, Kretschmer, Binswanger e Pohlich (34), têm a tendência a relacionar ao tipo pícnico com a maioria dos alcoólatras crônicos, enquanto que as formas delirantes de alcoolismo apresentam mais frequentemente uma tipologia longilínea displásica.

Com a agravação do problema médico-social dessa toxicomania nos Estados Unidos, organizou-se na Universidade de Yale, uma equipe, «Yale Institute for Alcohol Studies», sob a direção do Professor Jellinek. Dentre outras contribuições, devemos assinalar os estudos estatísticos empreendidos por esse grupo e a elaboração da fórmula de Jellinek (27), cuja aplicação permite avaliar aproximadamente o índice de etilistas existentes através do número de óbitos por cirrose hepática.

O desenvolvimento da Psicologia Clínica, permitiu, mormente com as técnicas projetivas, a realização de numerosas pesquisas com alcoólatras. Assim é que a psicologia do etilismo crônico proporcionou interessantes estudos: uns, os primeiros a surgir e os mais numerosos, trataram da personalidade do alcoólatra. Utilizando-se principalmente das técnicas projetivas, essas investigações levaram à determinação de tipos de alcoólatras, em função da personalidade de base. Entretanto, essas investigações evidenciaram também, nesses pacientes, sinais decorren-

tes já da deterioração — sinais de organicidade no teste de Rorschach, estéreotípias, perseveração e caráter «oral» das respostas. Outros trabalhos se orientaram mais precisamente para a noção de deterioração. Em recente publicação, intitulada «Détérioration Psychologique dans l'Intoxication Éthylique Chronique», Binois e Lefetz (11), apresentam a contribuição dos testes miocinético, psicomotores e intelectuais no diagnóstico e prognóstico das deteriorações provocadas pelo etilismo. Entre nós, na Clínica Neuro-Psiquiátrica do Hospital Municipal, a psicóloga Ilka Maia, reuniu valioso material de etilistas, estudados pelos testes de Rorschach, miocinético de Mira, Raven e outros.

No período contemporâneo, além de prosseguirem os estudos precedentes, vimos o interesse dos investigadores convergir para as investigações biológicas, particularmente para os estudos assaz complexos, referentes aos desvios do metabolismo, dos distúrbios carenciais e das perturbações funcionais, presentes nas diversas manifestações psicossomáticas do alcoolismo. Na XXI Reunião Neurológica Internacional, realizada em Paris, em 1956, cujo tema único foi «As Encéfalopatias Alcoólicas», Alajouanine e cols. (1) e Lafon e cols. (65), dentre outros, apresentaram interessantes trabalhos sobre os vários aspectos bioquímicos, metabólicos e carenciais do alcoolista, os quais demonstram as profundas alterações sofridas por esses pacientes.

Ao demais, outros recursos paraclínicos, a eletrencefalografia e a neurorradiologia, oferecem novas vias de pesquisa, que nos forneceram valiosos dados sobre a patologia do alcoolismo. Na Reunião Neurológica acima mencionada, Kircher e Pierson (61), Lafon e cols. (66), apresentaram notáveis trabalhos focalizando aspectos eletrencefalográficos e pneumencefalográficos em etilistas.

Em 1959 (4), em colaboração com Vaz de Arruda, apresentamos um estudo eletrencefalográfico de 242 casos de alcoolismo agudo e crônico. Em nossa tese (37) de Doutorado, também tivemos oportunidade de demonstrar o valor da eletrencefalografia no estudo dessa toxicomania, principalmente naqueles casos que apresentam convulsões.

A anatomia patológica se encarregou de esclarecer muitos distúrbios dos etilistas, pois, como é sabido, após muitos anos de impregnação alcoólica, o cérebro sofre substanciais alterações em sua estrutura. Patologistas como Greensfield (44), Maffei (72) e Lemere (69), demonstraram, em cérebros de alcoólatras, lesões carenciais e tóxicas com conseqüente dilatação ventricular e atrofia cerebral. Entre nós, em documentada tese (7), Camargo Barros estuda a histopatologia do corpo caloso (Moléstia de Marchiafava e Bignami) no etilismo crônico.

Paralelamente, com o grande progresso científico no estudo da toxicomania, houve também notável desenvolvimento nos métodos terapêuticos. «Desde que Luton, em 1863», escreve Delay (28) «descobriu a estrychnoterapia, um progresso considerável foi realizado recentemente pela introdução de três grandes métodos quimioterápicos: as quimioterapias de condicionamento, as quimioterapias de substituição, as psicoterapias químicas».

A despeito dos grandes progressos realizados e dos recursos assinalados, analisando os trabalhos sobre o tratamento dos alcoolistas, aparecidos em diferentes épocas, com técnicas as mais diversas, observamos que os resultados mais animadores giram em torno de 40 a 50% de recuperações. Obviamente esta porcentagem varia de acordo com o nível sócio-econômico dos pacientes a idade, o tempo de evolução da toxicomania, o tipo de tratamento realizado, além de outros fatores. Em 1954, no I Congresso Latino-Americano de Higiene Mental, realizado em São Paulo, na mesa-redonda dedicada ao alcoolismo, em colaboração com Savoy e Zioni (93), apresentamos os resultados da experiência de dois anos de funcionamento, em um serviço especializado no tratamento de alcoolistas (Serviço Anti-Alcoólico). Neste Departamento, anexo à Clínica Neuro-Psiquiátrica e funcionando junto ao Hospital Municipal de São Paulo, procedia-se, de forma harmônica e conjugada, às diferentes etapas do tratamento anti-alcoólico: desintoxicação, técnicas de condicionamento (apomorfina ou propiltiuran), praxiterapia com recondução ao local de trabalho e psicoterapia individual e de grupo. Os melhores resul-

tados obtidos foram sempre em tórno das percentagens assinadas (40 a 50%).

A reincidência no hábito constitui o maior problema para aqueles que se dedicam ao tratamento dos etilistas, fato reconhecido por numerosos autores. Na enfermaria de homens da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, também temos verificado elevada percentagem de reincidência dos alcoólatras.

Para a explicação do relativo insucesso dos tratamentos anti-alcoólicos podemos invocar várias razões sendo provável que cada uma delas focalize uma parte desse complexo problema: é o insucesso do tratamento de muitos casos de alcoolismo que contribui para reforçar a atitude de cepticismo, adotada em face da questão, pelo público e por alguns colegas, principalmente desvinculados da especialidade.

Evidentemente, o reconhecimento precoce da doença alcoolismo e o tratamento adequado melhora o prognóstico em relação à reincidência no hábito. Entretanto, como acontece mais freqüentemente, muitos anos decorrem, para que, numa fase adiantada do etilismo já descompensado, sejam adotadas medidas de ordem terapêutica. Nessa altura, recorreu-se a um conjunto de fatores de ordem biológica, psicológica e social, no sentido de obstar os bons resultados terapêuticos eventualmente obtidos. Dentre outros, destacamos as dificuldades inúmeras nas relações do alcoolista no lar, no trabalho e no convívio social, que exigem toda uma série de providências médico-assistenciais, visando principalmente à reintegração no seio da família e no trabalho.

Sem menosprezar o significado dos inúmeros fatores apontados como responsáveis pela etiologia do alcoolismo: biológicos metabólicos, carenciais, psicológicos, culturais, econômicos e sociais, não persiste dúvida de que, em certo número de casos, as alterações de personalidade, os distúrbios preexistentes ao início do alcoolismo, são responsáveis pelo insucesso do plano de tratamento, ainda que bem orientado. Em monografia (38) publicada nos Arquivos de Higiene e Saúde Pública, analisamos os distúrbios de personalidade existentes em 20 casos de alcoolismo

secundário internados em hospital especializado: 4 neuróticos, 1 personalidade psicopática, 2 oligofrênicos, 2 homossexuais, 4 personalidades esquizóides, 3 epileptóides. Só em 4 deles não foram demonstrados distúrbios subjacentes. Poderiam ser considerados casos puros de alcoolismo crônico, possuidores, portanto, de «constituição toxicófila». George N. Thompson (100), enumera as seguintes condições de personalidade, mais freqüentemente associadas ao alcoolismo crônico: a) as desordens ciclotímicas de personalidade; b) as reações esquizofrênicas; c) as reações depressivas crônicas; d) as personalidades paranóides; e) personalidades psiconeuróticas; f) as personalidades sociopáticas ou com desordens de caráter.

Lincoln Williams (106), reconhece 4 tipos de alcoolistas, segundo sua personalidade prévia: 1. alcoólatra com boa personalidade prévia; 2. alcoólatra cuja base de personalidade é de tipo neurótico; 3. alcoólatra cuja base de personalidade é de tipo psicótico; 4. alcoólatra cuja base de personalidade é de tipo psicopático. Do ponto-de-vista prognóstico, para este autor, o 1º tipo comportaria bom prognóstico, limitando-se o tratamento à desintoxicação e algum apoio; o segundo dependeria, basicamente, do resultado do tratamento de sua neurose; o terceiro se resumiria no resultado do tratamento da psicose subjacente; o quarto envolveria mau prognóstico, desde que a personalidade psicopática mascarada pela sintomatologia de intoxicação alcoólica, representa problema terapêutico ainda não resolvido em Psiquiatria. Melvin L. Selzer (95), analisando a influência da personalidade nos acidentes de trânsito, produzidos por alcoolistas com veículos motorizados, aponta vários traços na personalidade, tais como hostilidade, depressão, sentimentos de invulnerabilidade e onipotência encerrados nestes indivíduos. Reconhecendo também a existência de numerosas formas de intoxicação, Dupré (33), em seu notável livro «A Patologia da Imaginação e da Emotividade», salienta que as manifestações dependem «da quantidade e da natureza das bebidas ingeridas, da duração da intoxicação e enfim, **sobretudo** do modo de reação de cada indivíduo ao envenenamento». «Cada alcoolista reage segundo sua fórmula pessoal, determinada por sua hereditariedade, sua educação, seu nível

mental e a influência das associações patológicas, cuja influência se combina com aquela do álcool».

Como vimos neste capítulo, o progresso da Psiquiatria e ciências afins, proporcionou vários métodos eficientes para o estudo minucioso dos casos de alcoolismo.

Na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina, os etilistas têm sido minuciosamente estudados do ponto-de-vista clínico e laboratorial, sendo submetidos, de rotina, aos seguintes exames: exame do líquido cefalorraquidiano, exame eletrencefalográfico, testes de personalidade e, quando indicado, a exploração neuro-radiológica (pneumencefalográfica). Estes exames, como subsidiários da clínica, têm permitido revelar formas de neuro-lues, de disritmias bioelétricas, transtornos de personalidade e anormalidades radiológicas. Nos casos mais antigos de alcoolismo, com sintomas deficitários, o exame pneumencefalográfico tem revelado, com certa frequência, sinais de atrofia cerebral. Assim, oligofrenias, epilepsias larvadas, formas pré-clínicas de paralisia geral, neuroses, personalidades psicopáticas, deprimidos constitucionais, conflitos homossexuais, estão encerrados em um simples rótulo de etilismo crônico. Estes distúrbios, não reconhecidos e tratados, mascarados pelos sinais e sintomas da intoxicação alcoólica, inevitavelmente desempenharão papel de relêvo no insucesso do plano de tratamento. Nestes casos, o alcoolismo é quase sempre secundário a distúrbios pré-existentes, responsável pela tendência toxicófila que necessitam ser identificados e tratados fundamentalmente.

Raramente, o conjunto de alterações psicossomáticas apresentados pelo paciente, decorre exclusivamente do uso do tóxico, podendo-se imaginar que se tratasse de um indivíduo normal antes do ingresso na toxicomania; seriam os alcoólatras de boa personalidade prévia, a que se refere Williams. Encontramos exemplos, em alguns casos do chamado alcoolismo profissional. Podemos citar pacientes, em que as condições penosas de trabalho favoreceram o início da toxicomania. São indivíduos que foram examinados há 10 anos, por ocasião do seu ingresso no serviço público e apresentavam-se hígidos. Trabalhando anos seguidos em frigoríficos, na retificação de rios, em serviços noturnos, con-

traíram a toxicomania que, a nosso ver, comporta melhor prognóstico, desde que precocemente surpreendida e tratada.

Os fatos até aqui expostos, põem em relêvo, de forma muito expressiva, a importância que tem assumido para o estudo do alcoolismo e do alcoólatra os recentes progressos registrados na Psiquiatria, mormente no que toca à Psicofarmacologia, pelas novas perspectivas acenadas do ponto-de-vista terapêutico, semiológico e de pesquisa.

A utilização de recursos farmacológicos para produzir estados oniróides passageiros data de épocas longínquas, pois, como é sabido, entre os povos antigos, substâncias inebriantes eram empregadas com esse fim. Empiricamente, os curandeiros, pitonisas e charlatães, procuravam, à custa do material colhido nesses estados de transitório comprometimento de consciência formular previsões e profecias a respeito do futuro. O próprio álcool, foi reconhecido em diferentes épocas, como capaz de favorecer a exteriorização de fatos e sentimentos ciosamente guardados pelo indivíduo. Essa observação dos antigos se consagrou na frase latina «in vino veritas».

Convém assinalar desde logo que, no setor das investigações com agentes farmacológicos, as pesquisas terapêuticas e semiológicas, caminharam sempre «pari passu», uma ao lado da outra. Despertaram a atenção dos investigadores principalmente os barbitúricos (narcoanálise), as anfetaminas (choque anfetamínico) e os psicodislépticos.

A investigação calcada no efeito dos medicamentos e tóxicos sobre a vida psíquica é até certo ponto acessível, em virtude da utilização de um único agente causal, que, inclusive, se pode introduzir experimentalmente nos indivíduos. Segundo Jaspers (59), as pesquisas movem-se preferentemente em três direções a) primeiramente, trata-se de esclarecer os fenômenos experimentados subjetivamente; b) e em segundo lugar, investiga-se de maneira objetiva os rendimentos mensuráveis tais como o aprendizado, os tipos de associação, trabalho continuado, e suas modificações sob a influência do tóxico em questão. É a «psicologia dos farmacos» desenvolvida por Kraepelin e que lhe permi-

tiu realizar interessantes verificações com o álcool; c) a terceira dimensão de investigação não se refere aos efeitos momentâneos da droga, mas tem em vista as conseqüências e resultados do uso continuado e duradouro do tóxico.

Os pioneiros desse tipo de investigação, conduzida em moldes propriamente científicos, foram Moreau de Tours e Kraepelin. Preocupados em realizar uma descrição dos efeitos subjetivos da maconha, Moreau de Tours, um dos freqüentadores do «Le Club des Hachicins» e Th. Gautier, haviam prometido revelar ao público os efeitos do Haxixe. As autodescrições de Moreau de Tours (77), resultaram na publicação do livro «Du hachisch et de l'alienation mentale» de 1845. Por outro lado, em 1892, Kraepelin (62), demonstrou que, após a introdução experimental do álcool, enquanto as funções da motricidade se tornam aceleradas, as funções intelectuais de aprendizado reduzidas. Além disso, o Prof. Georges Heuyer (52), em conferência realizada entre nós, em 1953, intitulada: «A Narco-análise na Prática Médico-Legal», referiu-se a Magnan e Babinski, que, no tocante ao diagnóstico diferencial entre distintas entidades mórbidas com recursos farmacológicos, assinalaram os diversos comportamentos de pacientes submetidos à anestesia geral em intervenções cirúrgicas.

Mais modernamente, o emprêgo de recursos farmacológicos para fins semiológicos iniciou-se, ao que sabemos, com a narco-análise, primeiramente realizada na América do Norte, em 1929 (70), e, posteriormente, durante a 2ª Guerra Mundial, por J. Stephen Horsley (57), em Londres. Este método que inegavelmente se firmou em Clínica Psiquiátrica, como recurso para a exploração de conflitos neuróticos e para provocar a ab-reação de indiscutíveis benefícios no tratamento das neuroses, custou ao Prof. Heuyer um processo em Paris, que lhe foi movido por recorrer a esta técnica em um caso de interesse médico-legal. A despeito das limitações reconhecidas, para o Prof. Heuyer, a narco-análise representaria um recurso lícito e necessário, inclusive na esfera médico-legal, a ser utilizada sempre em mãos de especialistas competentes. Entre nós, em 1944, focalizando principalmente fins terapêuticos, F. Oliveira Bastos e Joy Arruda (9), apresentaram duas observações de perturbações mentais de

natureza psicogênica, que obtiveram remissão com o procedimento narco-analítico.

Tendo em vista propósitos semiológicos, em 1947, Delay e cols. (28) propuzeram o «choque anfetamínico», que consiste na injeção endovenosa de 30 mg de cloridrato de metilamfetamina dextrógiro em doentes mentais. Além do seu interesse semiológico, assinalaram também o interesse terapêutico em alguns casos. Entre nós, em 1962, em tese dedicada aos «Aspectos Psiquiátricos da Intoxicação Anfetamínica», Carvalhal Ribas (88), conclui: «constituem as aminas psicotônicas eficientes agentes farmacológicos para a exploração da personalidade humana».

Por outro lado, o emprêgo de recursos farmacológicos para a exploração da personalidade do alcoolista também não constitui nenhuma novidade. Delay (28), em 1950, já propunha para a investigação farmacodinâmica do psiquismo do alcoólatra as chamadas psicoterapias químicas, que se realizavam através da narco-análise, tendo em vista principalmente que «o alcoolismo crônico não é manifestamente uma afecção autonôma, mas deve ser considerado como um sintoma reacional de um estado psíquico-anormal subjacente». Mormente naquelas formas de alcoolismo, cuja personalidade subjacente é de tipo neurótico, com grandes dificuldades emocionais, Delay (28) propõe esta técnica para fins terapêuticos e semiológicos.

Além dos progressos realizados pela psicofarmacologia sob o ponto-de-vista semiológico, devemos registrar o extraordinário impacto ocorrido nos últimos anos no setor da terapêutica psiquiátrica, representado pelo advento de novos recursos farmacológicos, notadamente os derivados do grupo fenotiazínico e da orauwolfia, que tão grandes repercussões trouxeram no campo da assistência ao doente mental. Na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, uma equipe vem realizando pesquisas com drogas psicotrópicas há alguns anos. Os resultados desses ensaios Psicofarmacológicos têm sido publicados em várias revistas nacionais e estrangeiras. Recentemente, em New York, êsses resultados foram apresentados, sob a forma de um trabalho de síntese, por Pacheco e Silva e cols. (81), na II Conferência Internacional de Tratamentos Biológicos

em Psiquiatria, organizada e patrocinada pela Sakel Foundation.

Em alcoólatras, como já vimos nesta introdução, os progressos farmacológicos possibilitaram o desenvolvimento das técnicas de condicionamento com drogas, particularmente com o uso da apomorfina e do propiltiuran. Mais modernamente, o aparecimento dos tranqüilizantes, especialmente o grupo dos meprobamatos e o clordiazepóxido, notadamente este último, trouxeram maiores recursos, para o tratamento dos etilistas. Numerosos simpósios tem sido dedicados ao emprêgo do clordiazepóxido no tratamento das diferentes formas de etilismo. Num dêles, realizado em Denver, Colorado, pela The Colorado Academy of General Practice, um dos trabalhos (32) dedicado à terapêutica, apresenta os bons resultados obtidos com êsse fármaco em relação a outros recursos químicos, tais como a imipramina, a thioridazina, o diethylpropion e outros.

A Psiquiatria Experimental, que já tinha logrado notáveis progressos com as pesquisas de De Jong (60) e Baruk (8), sôbre as catatonias experimentais, sofreu, novamente, extraordinário impulso, com o desenvolvimento de investigações com as drogas ditas alucinógenas ou despersonalizantes.

Em rigor, as investigações com drogas dêsse tipo iniciaram-se há mais de cem anos, com as auto-experiências dos membros do Clube dos Haxixins, de que participava Moreau de Tours, como já vimos. A droga utilizada nesses ensaios era a maconha que, como veremos figura nas classificações de drogas psicotrópicas, no grupo dos psicodislépticos.

A psicofarmacologia moderna viu-se enriquecida por três plantas extraordinárias, todas originárias do México, capazes de provocar visões, estados psíquicos estranhos e experiências sobrenaturais: o peyotl, o teonanácatl e o lolóliuqui.

Da investigação sôbre a natureza dos princípios ativos destas três plantas, ditas «mágicas» desde os tempos da conquista espanhola, resultou a identificação, respectivamente, da mescalina, da psilocibina e de substâncias de natureza química aparentada com os alcalóides do ergot.

As vivências dos quadros tóxicos produzidos por essas drogas, despertaram nos investigadores grande interesse e se revelaram com características tão particulares, que Beringer (10) chegou a propor o nome de «psicoses modelo» para designá-las, tendo em vista os aspectos que as diferenciavam dos quadros hétero-tóxicos mais comuns e outros característicos que as aproximavam do quadro sintomatológico das esquizofrenias.

A mescalina se prestou à realização de numerosos trabalhos, sendo digna de nota a auto-experiência realizada por Morcelli (78) publicada em 1936. A dietilamida do ácido lisérgico, cujas propriedades intoxicantes foram descobertas casualmente por Stoll e Hoffmann (99) em 1943, se revelou o mais potente dos psicodislépticos, sendo em nossos dias extremamente rica a bibliografia existente sôbre essa droga.

Em relação aos alcoólatras, dos psicodislépticos conhecidos o mais utilizado foi o LSD-25, que se prestou à realização de numerosos trabalhos, principalmente em sessões de psicoterapia individual ou de grupo. Osmond (80) Colin M. Smith (97) e Mac Lean e cols. (71) mencionam o sucesso terapêutico obtido em casos de alcoólatras, de mau prognóstico, com a realização de poucas sessões de LSD-25.

Foi assim que, entre as drogas psicotrópicas atualmente utilizadas em Psiquiatria, salientou-se o grupo dos psicodislépticos (expressão proposta por Delay). São substâncias dotadas da capacidade de desviar o curso da atividade psíquica. Em classificação das Drogas Psicotrópicas, recentemente proposta por Valente Simões, Bruno da Silva, Batista Domingues, Silva e B. Capp (96), no subgrupo dos alucinógenos ou despersonalizantes ao lado da maconha, da mescalina, do LSD-25 e outras, figura a psilocibina, como droga psicodisléptica.

## A PSILOCIBINA

Em todas as épocas, sempre chamou a atenção dos médicos, curandeiros, sacerdotes e curiosos, o efeito de certas plantas utilizadas com finalidade terapêutica e em rituais religiosos pelos povos primitivos. Foi o que aconteceu com as chamadas «plantas mágicas» do México, largamente empregadas desde antes da conquista espanhola, pelos selvícolas daquela região.

Crônicas da época, descrevem de maneira clara, o efeito de três plantas diferentes usadas por padres, curandeiros e médicos aztecas em cerimônias divinatórias e mágicas. Bernardino de Sahagún citado por Fanchamps (35), em sua «História General de las Cosas de Nueva España» «refere-se ao Peyotl (*Lophophora Williamsii*), cujo princípio ativo é a mescalina, como foi dito anteriormente, ao ololiuqui, semente de uma erva, o coatlixouhqui, cujos princípios ativos muito se assemelham aos alcalóides do esporão do centeio espigado (LSD) e a pequenos cogumelos, o teonanácatl, dos quais se extrai a psilocibina.

Segundo as crônicas de Bernardino de Sahagún, estes cogumelos, quando ingeridos, produziram atordoamento, estados de violência, de grande aflição e inquietação; «quem o ingere vê muitas coisas»; «aterroriza as pessoas, produz risos». Outro monge espanhol, Motilina, também citado por Fanchamps (35), escreve: «Os aztecas chamam estes cogumelos de «teonanácatl», que significa «chair de Dieu» ou du Diable (carne de Deus ou do Diabo), que eles adoram, e desta forma, com esta erva amarga, eles recebem seu Deus cruel em comunhão.»

Francisco Hernandez (51), médico espanhol, designado por Felipe I Ipara estudar a flora e a fauna do México refere-se a outros cogumelos, chamados teyhuinti, que, «uma vez ingeridos, não causam a morte, mas uma espécie de loucura que dura algum tempo e cujo sintoma é um riso inextinguível».

Essas plantas, consideradas mágicas, divinas, se constituíam em elementos indispensáveis aos cultos religiosos dos povos autóctones das Américas Central e do Norte, em virtude, principalmente, da propriedade de produzirem visões, estados psíquicos estranhos, «experiências sobrenaturais», a tal ponto que os conquistadores espanhóis as consideraram diabólicas e altamente condenáveis.

Com o estudo botânico desses vegetais, o esclarecimento de sua ação farmacológica e a determinação das respectivas constituições químicas, o arsenal psicofarmacológico viu-se enriquecido poderosamente.

Como é fácil imaginar, a influência dessas plantas sobre os povos primitivos daquelas regiões foi profunda. A arte azteca delas se ocupou, como tema central, com muita frequência. Principalmente a pintura e a escultura procuraram focalizar essas plantas e os efeitos produzidos sobre os indivíduos, conferindo interpretações sobrenaturais a esses fenômenos. É o que se pode verificar em estatuetas Maias de épocas muito remotas, encontradas no México e na América Central, representando divindades ou espíritos sob a forma de cogumelos. No trabalho de Fanchamps (35) encontramos a reprodução de vários desenhos e pinturas de artistas da época, assim como a fotografia de uma estatueta, representando um cogumelo, encontrado na Guatemala, do período Maya pre-clássico (500 anos antes — 200 anos depois de Cristo), atualmente em poder de H. Namuth, em sua coleção particular em New York.

A despeito dos relatos dos cronistas espanhóis do século XVI, o teonanácatl foi vítima, até 1939, do esquecimento ou da incredulidade dos homens de ciência.

Com efeito, depois de três séculos de integral silêncio sobre os cogumelos sagrados do México, coube ao botânico Richard Evans Schultes e ao etnólogo Joan B. Johnson, citados por Roger Heim (48), o mérito de assinalar a persistência de rituais associados aos cogumelos sagrados no país aztéca. Em 1939 e 1940, Schultes publica duas notas a esse propósito. Estes escritos despertam a atenção de Wasson e esposa, que, em 1953, orienta-

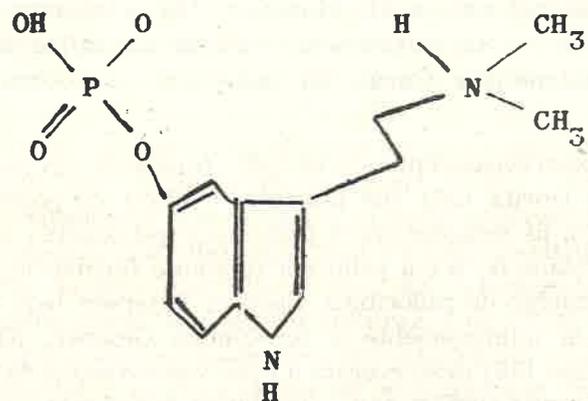
dos por uma missionária norte-americana, Miss Eunice V. Pike, se lançam à procura dos cogumelos no País aztéca.

Podemos dizer que os estudos recentes sobre os cogumelos mexicanos datam de 1953, época em que R. Gordon Wasson (104) e sua esposa Valentina Pavlovna Wasson apaixonados pela etnologia e pela micologia se lançaram à sua procura nas regiões remotas do México. Em 1953, em um vilarejo perdido na Serra Mazatéca, Wasson encontrou vestígios do culto do cogumelo. Nessa ocasião, participou de uma cerimônia, na qual dele se utilizou, experimentando «alucinações impressionantes».

No ano seguinte, Wasson voltou ao mesmo local e se fez acompanhar de Roger Heim, diretor do Museu de História Natural de Paris, que recolheu alguns cogumelos e os classificou como pertencentes às famílias *psilocyba* e *stropharia*, chegando a cultivar várias espécies e seus laboratórios de Paris.

Assim é que, no Museu de História Natural de Paris, Heim chegou a cultivar onze espécies de cogumelos alucinógenos de catorze variedades então conhecidas. O desenvolvimento das culturas de *Psilocyba mexicana*, *caerulescens*, *zapotecorum*, *mixaeensis*, *stropharia cubensis* e a *psilocyba semperviva*, especialmente os resultados extraordinários obtidos, nestas condições, com a *psilocyba mexicana*, permitiram a realizar essas culturas em escala semi-industrial (Heim).

Em 1958, Heim e Wasson solicitaram aos laboratórios Sandoz, em Bâle, que realizassem o estudo químico e farmacológico desse material. Em poucos meses, Heim e Hoffmann (49), Hofmann e cols. (54) e Hoffmann e cols. (55) isolaram os princípios ativos da *Psilocyba Mexicana*, *psilocyba* e *psilocina*, sendo esta mais instável. Pouco depois, os mesmos autores Hoffmann e cols. (54) realizaram a síntese da substância, *psilocibina*, que é uma amina derivada da triptamina com características indolice que contém fósforo, cuja fórmula química é a seguinte: 4-phosphoryl-N-dimethyltryptamina:



**Psilocybine**  
(teonanácatl)

Posteriormente à síntese da *psilocibina*, preocuparam-se os diferentes autores com a realização de pesquisas experimentais, quer «in vivo» como «in vitro». Assim é que surge o primeiro trabalho em animais (cão e gato) realizado por Aurelio Cerletti (23), no qual demonstra o autor a ação farmacológica da droga sobre o sistema nervoso central e o autonômico em particular. Refere ele que a ação sobre as estruturas periféricas não é notável, mas que os animais apresentam efeitos vegetativos bem evidentes, tais como dilatação pupilar, piloereção, taquicardia, taquipnéia, elevação térmica, elevação da pressão arterial, etc. Chama a atenção para a ação central de origem fundamentalmente simpático-mimética e para a mínima toxicidade apresentada pela substância. Verificou ainda a variabilidade dos resultados em função da espécie animal considerada. Desta forma verificou no cão uma queda da pressão arterial moderada e prolongada que se acompanhava de uma aceleração cardíaca. Em contraposição, os gatos reagiram com uma elevação tensional nítida, associada a uma bradicardia relativa.

Arnold Christiansen e cols. (25), em 1962, trabalhando com aranhas, procuraram estudar as diferenciações biológicas entre

a mescalina e a psilocibina. Ainda em 1962, James F. Brodey, William Steiner e Harold E. Himwich (19) estudaram, de forma comparativa, o comportamento eletrencefalográfico de camundongos submetidos à ação da psilocibina, psilocina, MP809, MP14.

As experiências em «anima villi» prosseguiram com os trabalhos de Horita (56) que procurou analisar do ponto-de-vista bioquímico, as relações entre psilocina e psilocibina, aventando a possibilidade de ser a psilocina o agente farmacológico ativo após o emprêgo da psilocibina. Spencer Paterson (82) procurou relacioná-la quimicamente à serotonina. Gessner, Khairallah, Isaac e Page (42) descreveram a ação vasopressora da psilocibina como sendo similar à da serotonina e podendo, como esta, ser bloqueada pelo BOL. Experiências «in vivo» mostrando que a psilocibina é menos rapidamente destruída pela monoaminoxidase do que a serotonina. Nieto (79) tentou averiguar a ação bloqueadora de algumas drogas hépato-protetoras sobre os efeitos psicopatológicos produzidos pela psilocibina, concluindo que uma preparação de ácido orótico e purinas poderiam ter uma ação neste sentido.

No ensaio psicofarmacológico, Delay e cols. (31), apresentam o notável trabalho «Étude Psycho-Physiologique et Clinique de la Psilocybine», em que analisam minuciosamente os fenômenos determinados pela Psilocibina na esfera somática e na esfera psíquica em 13 indivíduos normais voluntários e em 30 doentes mentais do sexo feminino. No estudo comparativo entre estes dois grupos, salientam serem os efeitos psíquicos e somáticos idênticos do ponto-de-vista qualitativo. Do ponto-de-vista somático, demonstra a ação hipotensora, bradicárdica, midriática e predominantemente bradipnéica. Do ponto-de-vista quantitativo, todavia, os efeitos psíquicos foram mais intensos e notáveis no grupo dos normais. Além disso, assinalam, serem as verdadeiras alucinações, tão mencionadas pelos primeiros observadores, muito raras. Por outro lado, dentre os fenômenos psicossensoriais, registram a frequência dos distúrbios alucinósicos e ilusórios, sempre reconhecidos como percepções sem objeto e criticados pelos pacientes. Dentre os principais efeitos observa-

dos pelos autores na esfera psíquica, nos normais e nos doentes mentais, destacam-se: a) modificações do estado de humor, com predominância da euforia; b) modificações no contato com o mundo exterior, com predominância da extroversão; c) distúrbios da esfera intelectual, com alterações da atenção, do curso do pensamento, da percepção têmporo-espacial, da consciência do estado mórbido; d) distúrbios psico-sensoriais; e) fenômenos de despersonalização e desrealização; f) reminiscências afetivas. Nesse interessante trabalho, salientam a grande participação na configuração do síndrome psilocibínico, das características prévias de personalidade, dos fatores culturais e do meio; estas influências explicariam as aparentes contradições entre as descrições de cronistas e as observações de pesquisadores modernos. Nas conclusões, os autores apontam as possibilidades a serem exploradas com a referida droga, notadamente: 1º) a revivescência de elementos esquecidos; 2º) a utilização do estado oniróide para se realizar uma psicoterapia; 3º) a utilização das modificações do estado de humor para se obter u'a maior aproximação do paciente.

Com a realização das duas Reuniões Neuro-Psico-Farmacológicas Internacionais, realizadas, respectivamente, em 1958 (Roma) e 1960 (Balê), as drogas psicodislépticas mereceram atenção destacada, principalmente a mescalina, o ácido lisérgico e a psilocibina. Nessas reuniões, foram apresentados interessantes trabalhos de pesquisa com essas substâncias, utilizadas inclusive conjuntamente.

Dignos de registro especial, os trabalhos de M. Rinkel e cols. (90), S. Malitz (74), Böszörményi (17) e Balestrieri (6). No de Rinkel, procura-se correlacionar constituições físicas, padrões de personalidade (obtidas por baterias de testes) e padrões de respostas à psilocibina, ao LSD-25 e à mescalina, administradas em embalagens iguais, do conhecimento unicamente do diretor da pesquisa. Do ponto-de-vista qualitativo, verificaram não haver elemento de diferenção entre as diversas drogas; todavia, do ponto-de-vista quantitativo, a psilocibina e o LSD-25 (de igual intensidade), mostrou-se muito menos ativa. Além disso, os indivíduos astênicos reagiram predominantemente por alterações

psíquicas, enquanto que os de constituição atlética responderam mais intensamente, com alterações neurofisiológicas. O trabalho de Malitz procura analisar o comportamento de «voluntários» pagos e não pagos, que se submetem às investigações com psicodislépticos. Realiza as pesquisas com apoio de baterias de testes e apresenta interessantes conclusões.

Böszörményi (17) estuda as ações da psilocibina e a dietil-triptamina e tenta comparar os respectivos efeitos com os das demais drogas psicodislépticas, em particular o LSD-25. Realizou seus experimentos em normais e doentes mentais e concluiu que, do ponto-de-vista neurovegetativo, a psilocibina se diferenciaria dos demais pela ocorrência temporária de rubor facial, bradicardia e hipertensão arterial. Do ponto-de-vista psíquico, não encontrou paralelismo entre a personalidade revelada através de testes projetivos e o síndrome psilocibínico. Chamou a atenção para o fato da psilocibina em contraste com o DET determinar u'a maior tendência à meditação e introversão, revelando, ainda, que esta diferença é mais marcada quando se utiliza a via muscular. A psilocibina, empregada em indivíduos normais, teria a propriedade de induzir mais fortemente estados semelhantes aos esquizofrênicos, devido à sua marcada ação despersonalizante e desrealizante.

Balestrieri (6) estudou alguns aspectos da tolerância cruzada entre diversos psicodislépticos e concluiu que a mesma é bem pouco pronunciada entre o LSD-25 e a psilocibina e que a tolerância entre a mescalina e a psilocibina não se verifica tão rapidamente como aquela observada entre o LSD-25 e a mescalina. Finaliza dizendo que o fenômeno de tolerância cruzada indica uma relação de base biológica entre as diferentes drogas alucinógenas empregadas.

Além das pesquisas mencionadas, os investigadores levaram a cabo algumas auto-experiências com a psilocibina, devendo ser referidos especialmente os relatos de Brack (18), Heim (47), Hofmann (53) e Cailleux (21). Nesses relatos, os autores são concordes em assinalar os efeitos múltiplos, no plano somático e psíquico. Precedidos de manifestações no plano somático, com sensações de vertigem, de mal-estar geral, de parestesias, dores,

de repuxamento, de opressão precordial, de falta de ar, de aquecimento ou de resfriamento, de cefaléia, surgem, depois de uma a duas horas, fenômenos pròpriamente na esfera psíquica, envolvendo especialmente o humor e a senso-percepção, sendo descritas visões coloridas, modificações da tonalidade das côres e modificações das formas e dos perfís dos objetos. As côres tornar-se-iam mais vivas, nítidas e estéticas. Com os olhos fechados, os objetos coloridos seriam dotados de movimentos ondulatórios, contínuos, inesgotáveis. Heim (47) compara os fenômenos vividos com os relatados por R. G. Wasson e Mme Wasson em 1955, de suas próprias experiências com os Mazatéques. Nas auto-experiências são descritas, também, vivências de grande lucidez mental e variações do estado de humor, predominando a euforia, intercaladas com sensação de angústia. Todos os relatos são unânimes em afirmar que os distúrbios foram transitórios, reversíveis, desaparecendo todas as manifestações ao fim de 4 a 5 horas após a ingestão dos cogumelos.

A psilocibina foi ainda utilizada por outros autores, tais como Isbell (58) em pacientes toxicomaniacos e Giberti e Gregoretti (43) no estudo da depressão e da ansiedade.

No trabalho de Isbell, estudo comparativo entre as reações induzidas pela psilocibina e pelo LSD-25 no homem, realizado com toxicomaniacos, fica bem demonstrada a semelhança de fenômenos produzidos por ambas as substâncias, assim como o caráter mais duradouro dos sintomas produzidos pelo LSD-25. Nas conclusões, o autor assinala que o LSD-25 é de 100 a 150 vezes mais potente que a psilocibina.

A droga produz, segundo Delay e cols. (31), Malitz e cols. (74) e Isbell (58), manifestações psicofarmacológicas semelhantes àquelas do LSD-25, da mescalina e do haschisch e daí a sua inclusão no grupo dos psicodislépticos.

Tendo em vista propósitos terapêuticos, Stévenin e Benoit (98), do Serviço do Prof. J. Delay, em trabalho publicado em 1960, apreesntam os resultados obtidos após a utilização da psilocibina, do LSD-25 e da mescalina, no tratamento de um caso de neurose. O paciente que havia apresentado distúrbios emocio-

nais sobre um terreno de esquizoidia na adolescência, tinha sido submetido à psicanálise durante algum tempo. Mais tarde, voltando a apresentar distúrbios emocionais, foi submetido à tratamento com dislépticos, e mritmo de uma aplicação por semana. Fêz seis aplicações com psilocibina, 11 com mescalina e 10 com LSD-25. Nas conclusões, os autores concluem pela eficácia das provas terapêuticas repetidas com psicodislépticos, mormente para aqueles casos em que a comunicação verbal está comprometida. Acentuam mesmo as vantagens desse método psicoterápico farmacológico sobre a psicanálise clássica e em relação à ação própria dita da psilocibina: «a psilocibina, sempre utilizada por via oral, parece ter um efeito estimulante sobre as condutas sociais e familiares de R., favorecendo um alargamento dos interesses e determinando melhoria dos contatos afetivos nos intervalos das sessões. Entretanto, uma relativa insatisfação persiste no plano da atividade criadora: as imagens representadas obtidas com a psilocibina no caso de R. não se acompanham de uma profunda participação, o efeito psico-analéptico domina e a excitação psicológica orienta o indivíduo sobretudo para a análise intelectual, a interiorização é mínima».

Em trabalho publicado em 1962, Gregoretti e Sinisi (45) apresentam os resultados da aplicação da psilocibina em vinte pacientes do sexo feminino, com os seguintes objetivos:

- a) estudo dos efeitos da ação psicofarmacológica da psilocibina;
- b) tentativa de maior compreensão da estrutura íntima pessoal dos pacientes tratados;
- c) tentativa de melhor esclarecimento e enquadramento da sintomatologia apresentada pelos pacientes no âmbito clínico-nosográfico.

Nas conclusões, os autores (45) insistem: «em definitivo e no que respeita à casuística em tela, a psilocibina demonstrou ser um potente fármaco de ação psicotrópica, capaz de conferir um aspecto especial aos quadros mórbidos psíquicos de diversos tipos e da mesma forma facilitar u'a maior aproximação, em sentido compreensivo e cognoscitivo, dos pacientes tratados me-

diante a mobilização de situações pessoais ou o enriquecimento de sintomatologia psicopatológica e a revivescência de estados particulares de ânimo e atmosfera afetiva». Salientam, também, a capacidade particular da psilocibina de produzir alterações afetivas e fenômenos despersonalizantes e desrealizantes, proporcionando excelente oportunidade para melhor penetração na situação pessoal do paciente, assim como melhor esclarecimento do quadro clínico.

Nieto (79), em seus trabalhos com a psilocibina, descreve do ponto-de-vista somático o aparecimento de dilatação pupilar, chamando a atenção para o fato de a mesma ser praticamente inexistente naqueles indivíduos que deixam de acusar fenômenos psíquicos; do ponto-de-vista cárdiovascular verificou uma bradicardia e uma queda de tensão arterial. Refere o aparecimento de vaso-dilatação da face e das conjuntivas, fato este que não observou ao utilizar o LSD-25. Do ponto-de-vista psíquico, chama a atenção para as alterações visuais que principiam sob a forma de ilusões ópticas podendo, posteriormente, transformar-se em fenômenos de natureza alucinatória. Chama a atenção para o aparecimento de sinestias audiovisuais, aumento de sensibilidade aos ruídos e ausência de alucinações auditivas propriamente ditas. Observou, tanto para o LSD-25 quanto para a psilocibina, o aparecimento, nas fases avançadas da intoxicação, de tendência a interpretações delirantes. Contudo, assinala que esta tendência é bem menos freqüente com o emprego da psilocibina, fato este que, em sua opinião, é de grande importância em sua possível aplicação terapêutica. Em contraposição, a euforia foi muito mais freqüente e marcada que a conseguida com o LSD-25, o que no seu entender pode vir a se traduzir em elemento favorável à sua utilização terapêutica. Relata ainda a existência de indivíduos resistentes à ação da droga, e chama a atenção para o menor efeito despersonalizante da droga em relação aos demais dislépticos.

Bernard Wilkens (105) estudando gêmeos idênticos sob a ação da psilocibina e LSD-25 concluiu que as alterações específicas da droga dizem respeito à esfera autonômica e foram simi-

lares em ambos; as respostas afetivas são antes características da personalidade que de uma ação específica da droga.

Alan Hartman e Hollister (46), estudam, em 1963, as percepções de cores e alucinações visuais freqüentemente apresentadas pelos pacientes que se submetem ao emprêgo de diferentes psicodislépticos, concluindo que, pela psilocibina, a percepção de cores foi menos afetada que para a mescalina e LSD-25. Os fenômenos de sinestesia são mais evidentes quando se empregam a mescalina e o LSD-25 do que quando se emprega a psilocibina.

Tendo em vista a síntese recente da droga (1959), a pobreza bibliográfica existente, a contraditoriedade de algumas informações a se urespeito (exigindo maiores investigações), a ausência de efeitos colaterais significativos (possibilitando manuseio mais seguro), a presença de sintomatologia psíquica mais afim com a dos diversos quadros nosográficos, nos decidimos a preferir o emprêgo da psilocibina, pondo de lado os demais psicodislépticos para a realização do estudo a que nos propusemos.

\*

## MATERIAL, MÉTODO DE ESTUDO E RESULTADOS

O estudo das alterações psicopatológicas determinadas pela aplicação das drogas psicodislépticas requer a utilização de técnicas previamente fixadas, bem aferidas, uma vez que este tipo de investigação é pela sua própria natureza, mui difícil e complexa. A ausência de procedimento estandardizado nos levaria infalivelmente a erros na apreciação dos resultados.

Nestas pesquisas nos defrontamos sempre com os intrincados e sutis processos psicopatológicos inerentes ao ser humano, imbricados com os múltiplos aspectos de ação e reação dos fármacos utilizados. A situação torna-se tanto mais difícil quanto menos conhecida for a ação da droga empregada. Vemos, portanto, que na dependência de todas essas situações de múltiplas variáveis, se não nos cingirmos a métodos rigorosos de obtenção e avaliação dos resultados, iremos gradativamente nos afastando dos aspectos reais e objetivos para, segundo expressões de Trousseau (101), «caminharmos para as fantasias peculiares aos artistas e nos distanciarmos dos fatos frios da ciência».

Tendo em vista as dificuldades expostas, fixamos a metodologia empregada na realização deste trabalho nos princípios magistralmente estabelecidos por Pichot (83), para o estudo das alterações de comportamento humano sob a ação das drogas psicotrópicas. Não podendo socorrer-nos dos métodos psicométricos já preconizados por Kraepelin (que não se prestavam para o fim colimado) nem da utilização de instrumentos especiais (polígrafos), de que não dispunhamos, cingimo-nos ao estudo clínico global e analítico qualitativo, segundo os ritérios postulados por Freyhan, Witterbornn e Lorr. Assim é que, no estudo global, revimos a patologia do comportamento em seu conjunto, analisando a conduta antes, durante e após a aplicação da droga, bem como o grau de adaptação social dos indivíduos «a posteriori». Como este método clínico-global, quando aplicado isoladamente,

IDENTIFICAÇÃO — QUADRO I

Casos	Registro	Naturalidade	Estado Civil	Côr	Idade	Religião	Instrução	Profissão
1	23092	brasileiro	casado	branca	37	Católica	secundária	protético
2	23518	brasileiro	desquitado	branca	39	Católica	primária	eletricista
3	23527	brasileiro	desquitado	branca	39	Católica	primária	carpint.
4	23571	brasileiro	casado	branca	47	Católica	primária	operário
5	20186	brasileiro	casado	preta	33	Católica	primária	serv. púb.
6	8956	brasileiro	casado	branca	39	Católica	primária	serv. púb.
7	23538	brasileiro	desquitado	branca	36	Católica	primária	carpint.
8	21989	brasileiro	solteiro	branca	21	Católica	primária	operário
9	23088	brasileiro	casado	branca	57	Católica	primária	tipógrafo
10	21868	brasileiro	casado	pardo	27	Católica	analfabeto	operário
11	11606	brasileiro	solteiro	branca	37	Católica	secundária	serv. púb.
12	23481	brasileiro	solteiro	preta	30	Católica	primária	serv. ped.
13	16426	brasileiro	solteiro	branca	32	Católica	analfabeto	operário
14	9351	brasileiro	desquitado	branca	36	Católica	secundária	escritur.
15	23593	brasileiro	solteiro	branca	31	Católica	primária	s/ profis.
16	23187	brasileiro	desquitado	branca	31	Católica	primária	operário
17	21748	brasileiro	casado	branca	32	Católica	primária	operário
18	23539	brasileiro	casado	branca	31	Católica	primária	serv. púb.
19	24132	brasileiro	casado	branca	25	Católica	primária	operário
20	7235	brasileiro	solteiro	branca	29	Católica	primária	mecânico
21	24522	brasileiro	casado	branca	48	Católica	semi-alfabet.	pedreiro
22	15610	brasileiro	solteiro	branca	39	Católica	secundária	vendedor
23	24832	brasileiro	casado	branca	33	Católica	secundária	vendedor
24	19956	brasileiro	solteiro	branca	29	Católica	secundária	operário
25	25454	brasileiro	desquitado	branca	35	Católica	secundária	almoxar.
26	25515	brasileiro	casado	branca	45	Católica	secundária	comercian.
27	25505	brasileiro	casado	branca	28	Católica	secundária	mecânico
28	25373	brasileiro	casado	branca	33	Católica	analfabeto	braçal
29	24102	espanhol	casado	branca	44	Católica	semi-alfabet.	serv. ped.
30	25456	brasileiro	casado	branca	41	Católica	primária	tapeceiro

oferece grandes e conhecidos inconvenientes, munimo-nos da técnica analítica qualitativa com a conseqüente análise dos «sintomas marcados» bem salientados por Freyhan (41).

Assim procedendo, acreditamos, com Pichot (83), que o progresso no estudo das modificações no comportamento humano produzido pelas drogas psicotrópicas está diretamente em função da sistematização de técnicas mais analíticas, mais objetivas e, se possível, quantitativas.

#### A — SELEÇÃO DO MATERIAL

Foram previamente eliminados todos os casos em que os exames eletrencefalográficos e de líquido revelaram anormalidades, assim como aquêles cuja história clínica era manifestamente indicativa de uma forma de etilismo secundário.

Dêsse modo, nosso material constou de trinta indivíduos adultos, do sexo masculino, etilistas crônicos com mais de cinco anos de hábito e menos de 45, completamente desintoxicados e com provas de função hepática negativa. Nenhum deles se encontrava submetido a qualquer tipo de medicação, mesmo polivitamínica ou desintoxicante e não apresentava, no momento, distúrbio produtivo na esfera psíquica. Todos os pacientes foram previamente submetidos aos seguintes testes de personalidade: Raven, Rorschach e Miocinético.

#### B — ESCOLHA DA TÉCNICA UTILIZADA

Com a preocupação de obter a maior homogeneidade possível, obedecemos às seguintes normas:

##### I — Do emprêgo da droga:

a) administração pela manhã, em jejum, sem aviso antecipado;

b) administração em todos os casos por via intramuscular, na dose de 0,2 mg por quilo de peso;

IDENTIFICAÇÃO — QUADRO I

Casos	Registro	Naturalidade	Estado Civil	Côr	Idade	Religião	Instrução	Profissão
1	23092	brasileiro	casado	branca	37	Católica	secundária	protético
2	23518	brasileiro	desquitado	branca	39	Católica	primária	eletricista
3	23527	brasileiro	desquitado	branca	39	Católica	primária	carpint.
4	23571	brasileiro	casado	branca	47	Católica	primária	operário
5	20186	brasileiro	casado	preta	33	Católica	primária	serv. púb.
6	8956	brasileiro	casado	branca	39	Católica	primária	serv. púb.
7	23538	brasileiro	desquitado	branca	36	Católica	primária	carpint.
8	21989	brasileiro	solteiro	branca	21	Católica	primária	operário
9	23088	brasileiro	casado	branca	57	Católica	primária	tipógrafo
10	21868	brasileiro	casado	pardo	27	Católica	analfabeto	operário
11	11606	brasileiro	solteiro	branca	37	Católica	secundária	serv. púb.
12	23481	brasileiro	solteiro	preta	30	Católica	primária	serv. ped.
20	7235	brasileiro	solteiro	branca	29	Católica	primária	mecânico
21	24522	brasileiro	casado	branca	48	Católica	semi-alfabet.	pedreiro
22	15610	brasileiro	solteiro	branca	39	Católica	secundária	vendedor
23	24832	brasileiro	casado	branca	33	Católica	secundária	vendedor
24	19956	brasileiro	solteiro	branca	29	Católica	secundária	operário
25	25454	brasileiro	desquitado	branca	35	Católica	secundária	almoxar.
26	25515	brasileiro	casado	branca	45	Católica	secundária	comercian.
27	25505	brasileiro	casado	branca	28	Católica	secundária	mecânico
28	25373	brasileiro	casado	branca	33	Católica	analfabeto	braçal
29	24102	espanhol	casado	branca	44	Católica	semi-alfabet.	serv. ped.
30	25456	brasileiro	casado	branca	41	Católica	primária	tapeceiro

## QUADRO II

Caso Nº	Antecedentes Familiares	Antecedentes Pessoais	Biótipo
1	Pai e 2 irmãos alcoólatras	Criança, retraída, interiorizada	Leptossomático
2	Pai e 1 irmão alcoólatra	Na infância, timidez	Atlético
3	Pai e 1 irmão alcoólatra	N. D. N.	Leptossomático
4	Nada digno de nota	Criança alegre, sintônica	Pícnico
5	Pai e 6 irmãos alcoólatras. Um irmão suicida.	N. D. N.	Atlético
6	Pai alcoólatra. Um irmão com depressão	Início do alcoolismo aos 30 anos.	Leptossomático
7	Pai, avô, tio paterno alcoólatras.	Início do alcoolismo na infância.	Leptossomático
8	Pai alcoólatra. Mãe psicótica	Distúrbios da conduta desde a infância	Pícnico
9	Pai alcoólatra. 2 primos-irmãos com psicopatia.	N. D. N.	Leptossomático
10	Pai e mãe alcoolistas. 3 irmãos alcoólatras	Fugiu de casa com 11 anos.	Pícnico
11	Pai alcoolista	Criança hiperemotiva	Atlético
12	1 irmão alcoolista.	Choques emocionais na infância.	Pícnico
13	Mãe e 2 tias maternas psicóticas.	N. D. N.	Pícnico
14	Nada de interesse.	Criança retraída, tímida, interiorizada	Leptossomático
15	1 irmão alcoólatra	Na infância: tendência à fantasia e mitomania.	Pícnico
16	Pai epilético.	Na Infância: timidez e acanhamento.	Pícnico
17	Pai alcoolista.	Na infância: trêmulo e emotivo. Uma crise convulsiva aos 10 anos.	Leptossomático
18	Pai alcoólatra. Mãe psicótica	Smileoto aos 2 anos. Retraimento.	Pícnico
19	Tio paterno psicótico	Trauma craniano seguido de inconsciência aos 10 anos.	Leptossomático
20	Nada digno de nota.	Na infância: acanhamento.	Leptossomático
21	Pai alcoólatra.	Não obtivemos dados.	Leptossomático
22	Nada digno de nota.	Na infância: certa timidez e acanhamento.	Leptossomático
23	2 tios paternos e 1 irmão alcoólatras.	Um desmaio com inconsciência aos 9 anos de idade.	Atlético
24	Pai psicótico	N. D. N.	Pícnico
25	2 irmãos alcoólatras	N. D. N.	Atlético
26	Pai alcoolista.	N. D. N.	Pícnico
27	Pai e 1 tio materno alcoólatras.	Na infância revelou-se muito agressivo; brigava com frequência.	Atlético
28	Pai alcoólatra. Tio paterno alcoólatra.	Timidez e retraimento.	Leptossomático
29	Nada digno de nota.	N. D. N.	Pícnico
30	Avô materno, tio paterno, pai e irmão alcoólatras.	Não obtivemos dados.	Leptossomático

c) repetição da prova, após 8 dias, com dose mais elevada (até 0,25 mg por quilo de peso);

d) realização da «prova em branco», através da administração de placebo (água destilada) com a mesma técnica, visando afastar ou identificar os «placebo reactors»;

e) realização da experiência, utilizando o LSD-25, naqueles casos em que o síndrome psicobinico foi pobre ou nulo.

**II — Dos cuidados clínicos observados durante a experiência:**

a) a realização da experiência foi acompanhada durante todo o seu desenrolar pelo médico assistente;

b) presença permanente de dois auxiliares de enfermagem, supervisionados, quando necessário, pela enfermeira-chefe;

c) manutenção no local da experiência, de material terapêutico de urgência susceptível de ser empregado nessas ocasiões;

d) observação permanente dos pacientes através do corpo de enfermagem e dos médicos assistentes durante tempo nunca inferior a 72 horas, após a aplicação da droga.

**III — Da colheita dos dados e informações:**

a) registro da frequência do pulso e dos níveis de tensão arterial de 5 em 5 minutos, durante o primeiro quarto de hora de experiência; a seguir, de 15 em 15 minutos, até decorridas seis horas e, posteriormente, tomada, de meia em meia hora, até cerca de 10 horas após iniciada a prova;

b) registro da temperatura axilar e frequência respiratória cada 15 minutos, durante as primeiras seis horas e a seguir, de meia em meia hora, até completar 10 horas de início da experiência;

c) realização de exame físico sumário cada 40 minutos, focalizando principalmente as desordens neurológicas e neurovegetativas;

d) anotação em papeleta especial das diferentes manifestações neurovegetativas e da vida de relação;

TEMPO	5'	10'	15'	20'	25'	30'	45'	60'	75'	90'	105'	120'	135'	150'
TONTURA	■	■	■	■	■	■	■							
DIGESTIVOS	■	■	■	■	■	■	■							
FORMIGAMENTO	■	■	■	■	■	■	■							
MIDRIASE	■	■	■	■	■	■	■							
VISÃO NEVOEIRO	■	■	■	■	■	■	■							
SONOLÊNCIA														
BOCEJOS														
CONGESTÃO														
SUDORESE														
CALOR														
FRIO														
CEFALEA														
EQUILÍBRIO														
REFLEXOS														
PILOEREÇÃO														
TEMPERATURA														
P. ARTERIAL														
ASTENIA														

GRÁFICO DA CRONOLOGIA E FREQUÊNCIA DAS ALTERAÇÕES SOMÁTICAS

QUADRO Nº 4

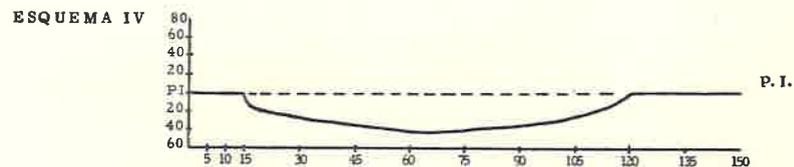
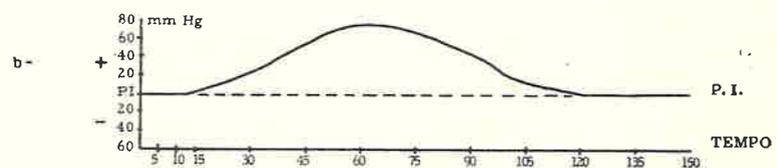
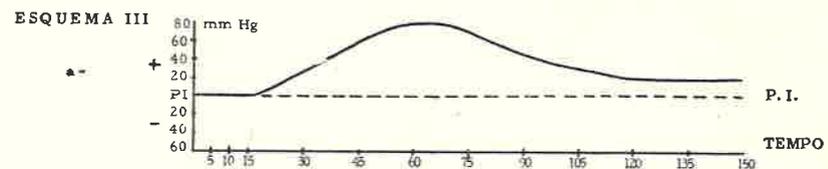
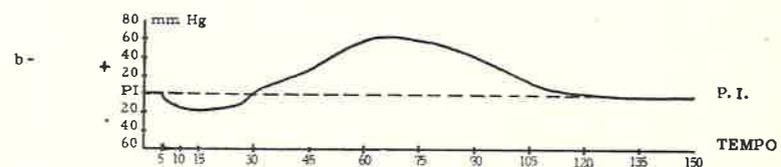
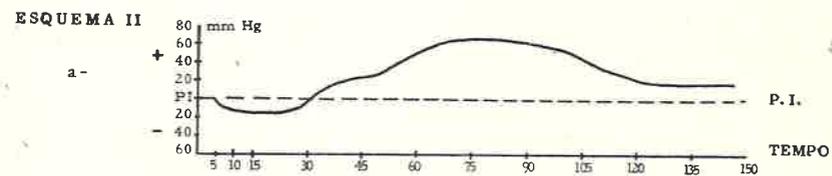
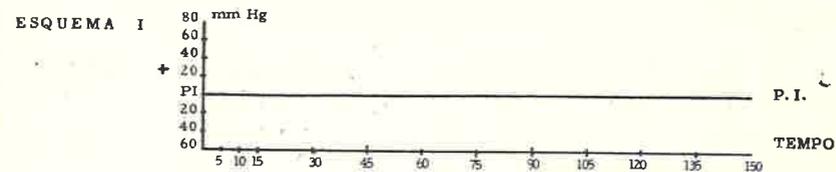


GRÁFICO DEMONSTRATIVO DAS VARIAÇÕES DE PRESSÃO ARTERIAL DURANTE A EXPERIÊNCIA PSILOCIBÍNICA

QUADRO Nº 5

e) anotação em papeleta especial de toda sintomatologia psíquica **referida espontaneamente** pelo paciente;

f) elaboração de um relato, de próprio punho, ou ditado a um enfermeiro (no caso de ser o paciente analfabeto), em caráter confidencial, com a descrição da vivência psicodélica (impresões, percepções e sensações ocorridas durante o síndrome);

g) registro eletrencefalográfico durante a realização do síndrome em dez casos.

\*

## SÚMULAS DOS EXAMES PSÍQUICOS

**CASO 1** — Mostra-se calmo e colabora com o examinador. Entretanto, não fala espontaneamente, limitando-se a responder, de forma correta, às perguntas que lhe são formuladas. Durante a entrevista ficou bem evidenciada a tendência do paciente para o retraimento e o laconismo. Demonstra, durante o diálogo, nível cultural médio e domínio razoável de vocabulário, que utiliza com propriedade.

A despeito dos freqüentes excessos alcoólicos, a esfera intelectual encontra-se preservada.

Não apuramos a existência de distúrbios psicossensoriais neste exame. Entretanto, contou-nos o paciente ter sido vítima, no passado, de distúrbios da esfera senso-perceptiva. Assim é que, há cerca de quatro anos, aparentemente quando mais intoxicado pelo álcool (pelo aumento das doses), teve alucinações auditivas e visuais, diferenciadas, sob a forma de visões de cigarros e carroças e de vozes que ofendiam sua moral. Estes fenômenos desapareceram com a interrupção temporária do uso de alcoólicos e não mais se repetiram apesar de o paciente voltar a ingerir bebidas.

Do ponto-de-vista afetivo-emocional, apuramos que se caracterizou, desde a infância, como pessoa de bom gênio, embora retraído e interiorizado, o que, entretanto, não o impediu de obter satisfatória adaptação, no meio social. Na adolescência, tornou-se muito sociável, chegando até a freqüentar o meio boêmio. Datam daí as suas primeiras libações alcoólicas. Esclareceu que bebia na ignorância das conseqüências, pois nunca recebera educação anti-alcoólica. Casou-se um pouco tarde, com uma professora. Sua esposa, ao casar-se, tinha pleno conhecimento de seu hábito, demonstrando certa tolerância em relação ao fato. A vida conjugal tem decorrido satisfatoriamente, havendo boa adaptação entre ambos. Com o tempo, o paciente foi se mostrando apático, desinteressado, negligente e conformado com sua situação, passando a viver praticamente às expensas da esposa, que, por sua vez, sempre lhe dedicou muito afeto e carinho.

Na enfermaria, nos primeiros dias, mostrou-se muito retraído, interiorizado, furtando-se ao convívio com os demais; mantinha-se resabiado e esquivo.

Pragmatismo comprometido.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (10-11-62) —**

**Raven:** Pontos 30, percentil 50, plano III = Normal. **Rorschach:** O material fornece um quadro constitucional ixitímico, apresentando acentuados sintomas orgânicos (síndrome predominantemente epileptiforme). Há descrição de problemas, afirmação de bons elementos intelectivos e outras particularidades. **P. M. K.:** Os traçados confirmam a personalidade ixitímica, ou seja, em termos do P.M.K — enequética. Não obstante os traços maus, o genotipo conserva-se de melhor fatura.

**CASO 2 —** No início da entrevista, o paciente revelou através da entonação de voz e da instabilidade motora e mímica, grande labilidade emocional. Apresentou-se ao exame com o vestuário bem composto, aparência pessoal cuidada, revelando a conservação do senso das conveniências sociais.

Atende prontamente quando estimulado; atenção espontânea e solicitada, conservadas. Orientado globalmente. Memória conservada em suas diferentes formas.

Não apuramos a existência de distúrbios da esfera senso-perceptiva, assim como alterações do julgamento.

Do ponto-de-vista afetivo-emocional, como já assinalamos, trata-se de paciente muito emocionável, temeroso e sentimental, que revelou, em toda a sua vida, grande dependência em relação à genitora. Quando se refere a ela o faz em tom exageradamente respeitoso, emociona-se e exhibe algumas lágrimas. Ao que afirma, seu pai, excessivamente enérgico e rispido, tê-lo-ia levado a procurar em sua mãe o apoio afetivo que lhe faltava. No casamento, talvez na dependência deste excessivo liame com sua genitora, desajustou-se completamente. Os desentendimentos, agravados por interferências de ambas as famílias, culminaram na separação do casal. Segundo as alegações do paciente, o uso de alcoólicos se iniciou alguns anos depois de casado em virtude dos constantes conflitos conjugais.

Por ocasião da internação, apesar do uso imoderado e descontrolado de alcoólicos, acusava unicamente insônia e irritabilidade e trabalhava normalmente, sem faltar ao serviço.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (17-11-62) —**

**Raven:** Pontos 19, percentil 10, plano IV = Inferior ao termo médio. **Rorschach:** O material é escasso, de poucas informações. Observam-se: a pobreza intelectual e traços isolados de outras procedências. **P. M. K.:** Os traçados são irregulares, apresentando desvios e tremores procedentes de quadros orgânicos.

**CASO 3 —** O paciente se apresentou mal ajambrado à consulta; aparência displicente, cuidados higiênicos insatisfatórios. Manteve-se, no início da entrevista, intranquilo, preocupado, antecipando-se às nossas interpelações e procurando dar resposta apressada. Mostra-se, evidentemente ansioso.

Atenção espontânea e solicitada satisfatória; contato fácil com o examinador. Orientado globalmente. Memória conservada em suas diferentes formas.

Não apuramos a existência de distúrbios senso-perceptivos visuais ou auditivos. Não apuramos também a existência de falsas interpretações ou outras alterações na esfera do julgamento.

Durante a entrevista relatou-nos que, sob a influência do álcool, tem apresentado alterações afetivas intensas e contraditórias. Uma vez, fica alegre, expansivo, conversador, e, em outras ocasiões, irritado. A seu ver, foram essas alterações do humor, desencadeadas pela ação do álcool, do qual se utiliza desde os 20 anos de idade, que comprometeram sua vida conjugal. Voltando constantemente embriagado para casa, chegou a espancar a esposa algumas vezes. Após a separação sua vida afetiva ainda mais se agravou, passando a fazer uso de maiores quantidades de alcoólicos e tornando-se cada vez mais irregular no serviço. Em contraste com a situação atual, na infância, o paciente se caracterizava como uma criança alegre, otimista, sociável, interessada em jogos e folguedos.

Com a ingestão de grandes quantidades de aguardente (chegou a ingerir um litro por dia), apresentou acentuado comprometimento do pragmatismo e da iniciativa, passando a trabalhar unicamente um a dois dias por semana.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (24-12-62) —**

**Raven:** Pontos 21, percentil 10, plano IV = Inferior ao termo médio. **Rorschach:** O material é escasso, de traços mistos. Observam-se fatores de origem ictafine ao lado de sintomas esquizomorfos e neuróticos. Sobressaem reações paranóides e grande depressão. **P. M. K.:** Os traçados confirmam o Rorschach, assinalando: grande depressão psicógena, o enfoque, alta agressividade fenotípica, desvios e tremores hipertônicos, irregulares, intermitentes.

**CASO 4 —** Permaneceu acamado durante os primeiros dias de internação, em virtude do estado de intensa confusão mental delirante, com numerosas alucinações e ilusões visuais terroríficas; pronunciava frases desconexas, tais como: «vou levar essa garrafa de litro para casa»; «não quer sair o litro da cabeceira».

Durante alguns dias permaneceu completamente desorientado. Apresentou, nos dias que precederam a internação, idéias delirantes

de defesa, traduzidas na procura de armas e esconderijos para defender-se das supostas perseguições. Com a internação o quadro se agravou com o aparecimento da confusão mental e de onirismo.

Após remissão do delírio onírico, comparece ao exame com fisionomia alegre, facies potatorum, vestuário bem cuidado, demonstrando, na mímica fisionômica e na instabilidade motora, certa tensão emocional.

Nesta entrevista, revela-se lúcido, atendendo prontamente quando solicitado. Perfeitamente orientado. Descreve os fatos relativos à sua vida, com fidelidade. Únicamente, revela certa imprecisão e insegurança na descrição dos fenômenos psico sensoriais surgidos durante o período de delírio alucinatório apoto-suspenso.

Durante a entrevista, demonstrou humor predominantemente alegre, respondendo às perguntas que lhe foram dirigidas de forma satisfatória. Todavia, em demonstração de grande labilidade emocional, quando interrogado sobre os familiares, pôs-se a chorar. Na infância e mocidade, ter-se-ia caracterizado, como pessoa alegre, extrovertida, sintônica, adaptada no lar e no trabalho.

Fato digno de nota e de grande interesse foi ter conseguido dissimular idéias delirantes de perseguição projetadas em sua família, em diversas entrevistas a que foi submetido. Aparentemente, em completa remissão, obteve alta e, voltando para casa, expulsou todos os familiares, ameaçando-os de eliminação, pelas perseguições que supunha lhe eram dirigidas.

#### Pragmatismo comprometido.

#### Súmula dos resultados dos testes de personalidade (5-1-63) —

**Raven:** Pontos 23, percentil 25, plano IV = Inferior ao termo médio. **Rorschach:** O material fornece um quadro orgânico de acentuados fatores ictafines. **P. M. K.:** Os traçados concordam com o Rorschach, apresentando-se caracterizados por desvios daquele síndrome, com tremores hipertônicos de largas oscilações, irregulares, disrítmicos.

**CASO 5** — Atenção espontânea algo reduzida; o paciente mostra certa interiorização. Atenção solicitada conservada. Orientado globalmente. Memória preservada em suas diferentes formas.

Não apuramos a existência de distúrbios psicossensoriais, assim como alterações do julgamento. Todavia, na ficha do Ambulatório, verificamos que, há dois anos apresentou distúrbios senso-perceptivos, alucinações visuais (macropsias), ocasião em que teria ficado «um pouco esquisito», tendo parado de trabalhar. Na mesma época, o médico assistente fêz referências a «desajustes freqüentes co ma espôsa» e «ciúmes».

Nesta entrevista, manteve atitude reservada, mostrando-se um tanto contrafeito com algumas de nossas perguntas. Por vêzes, quanto mais intensamente estimulado verbalmente, esboça discreto sorriso.

Com a agravação de sua toxicomania, apresentou acentuado comprometimento na esfera da iniciativa e do pragmatismo.

#### Súmula dos resultados dos testes de personalidade (12-1-63) —

**Raven:** Pontos 22, percentil 10, plano IV = Inferior ao termo médio. **Rorschach:** O material apresenta uma personalidade ixotímica com sua componente esquizomorfa bastante desenvolvida. Observam-se sintomas da síndrome orgânica e numerosas particularidades. **P. M. K.:** Os traçados acham-se de acôrdo com o Rorschach. Destacam-se tremores irregulares, hipertônicos, mais intensos ao início dos traçados, depressão psicógena, introversão, etc.

**CASO 6** — Esfera intelectual, atenção, orientação e memória conservadas.

Não apuramos distúrbios psico-sensoriais nem da esfera do julgamento. Do ponto-de-vista afetivo, de certa forma, a vida conjugal tem contribuído poderosamente para desajustar o paciente. Tem sido motivo para conflitos constantes o fato de ter-se casado com môça de côr escura, anteriormente desvirginada por seu irmão. No convívio conjugal, ao que apuramos, a espôsa passou a lhe fazer provocações e ameaças, chegando, por vêzes a lhe dizer, explicitamente: «não gosto de branco», ameaçando abandoná-lo.

Na dependência dessa vida conflitual e sob a influência do exemplo de seu pai, que foi alcoólatra, o paciente procurou alcoolizar-se para mitigar sua ansiedade. Isto ainda mais complicou sua situação, agravandoseus ressentimentos e produzindo-lhe insônia, irritabilidade e mal-estar. Co ma intensificação da angústia passou a ter idéias de auto-eliminação, tendo chegado a preparar veneno para ingerir. Como fato digno de nota, mostra-se muito ligado à figura paterna.

Pragmatismo não comprometido, pois trabalhou normalmente até à véspera de sua internação.

#### Súmula dos resultados dos testes de personalidade (12-1-63) —

**Raven:** Pontos 25, percentil 10, plano IV = Inferior ao termo médio. **Rorschach:** O material é escasso, de traços mesclados, apresentando, ainda, a «cruz do teste» (sintoma comum a diversos quadros). Observam-se: a pobreza intelectual; sintomas da síndrome orgânica (geral) com sinais epileptóides acentuados; suspeita de «interpretações pela posição». Em geral, os resultados são de má qualidade. **P. M. K.:** Os traçados confirmam o Rorschach, apresentando sintomas predominantes do quadro orgânico caracterizado por desvios de largas oscilações, irregulares, DP. de tipo enequético nas verticais, alternativas na direção do movimento. Destaca-se a grande depressão fenotípica (psicógena).

**CASO 7** — Foi trazido ao Ambulatório em intensa confusão mental e excitação psicomotora.

Procurava realizar gestos repentinos com as mãos para apanhar bichos e insetos que nêle estariam subindo. Revelava ser vítima de alucinações e ilusões auditivas e visuais, através de expressiva mímica fisionômica e de atitudes em que traduzia, com riqueza, diferentes estados afetivos: surpresa, medo, alegria e tristeza. Por vezes, quando não contido, acompanhava suas idéias delirantes, com a realização de atos, sendo surpreendido várias vezes na tentativa de subir escadas imaginárias. Participando intensamente dos delírios, várias vezes foi visto levantando-se do leito, para «abraçar os filhos», que estariam ao pé da cama. Um abajur existente no quarto, pareceu-lhe um aparelho de televisão, onde via cenas familiares, fortemente impregnadas de calor afetivo. Ao que observamos, êsses fenômenos surgiam de forma intermitente, em correspondência com as perturbações do nível, de consciência. Quando mais estimulado, parava momentaneamente de delirar, sendo possível, nessas ocasiões, estabelecer um rápido diálogo, em que informava fragmentariamente: nome, idade, estado civil, etc. Entretanto, nesses períodos, mostrava-se completamente desorientado do ponto-de-vista alopsíquico. Após êsses lampejos de lucidez, voltava novamente ao onirismo, no qual, freqüentemente, entremeava ocorrências de sua vida real com cenas delirantes alucinatórias. Com relação à memória, revelava-se incapaz de fixar os fatos mais recentes.

Após total remissão dos distúrbios senso-perceptivos evidenciou completa amnésia em relação a numerosos episódios ocorridos durante os dias em que permaneceu em delírio.

Completamente lúcido, bem orientado, mantendo bom contato com o examinador, pudemos então, colher alguns informes sobre sua vida afetiva. Assim é que, na adolescência, ter-se-ia revelado muito namorador, tendo estado noivo oito vezes. Ao que informa, esses noivados teriam sido desfeitos sobretudo pela interferência exercida por sua mãe. Casou-se, finalmente, com uma jovem, com quem já mantinha relações íntimas. Ao contrair matrimônio, alimentava dúvidas sobre o comportamento futuro da esposa. Por fim, ao que afirmou, surpreendeu-a «em flagrante», o que pôs fim ao casamento. Desde aí, decepcionado, passou a ingerir maiores doses de alcoólicas, de que se utilizava desde a infância, por influência familiar. Descreveu êsses episódios aparentemente sem maiores entonações emocionais, denotando certo conformismo e desinteresse por sua sorte.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (5-1-62)** — **Raven:** Pontos 32, percentil 50, plano III = Termo médio. **Rorschach:** O material é interessante, contendo particularidades técnicas. Observa-se uma personalidade ixitômica com sua componente esquizomorfa em

grande evidência. Destacam-se sinais de trauma, insistência da síndrome narcísica, reações paranóides, etc. O sujeito dispõe de bom material humano. **P. M. K.:** Não foi efetuado.

**CASO 8** — Inicialmente, assumiu atitude de grande interesse e curiosidade. Depois, no transcorrer do exame, em demonstração de acentuada instabilidade emocional, mudou várias vezes de atitude. Em certas ocasiões, mostrava-se recatado, inibido, reticente e calado. Outras vezes, permanecia cabisbaixo e pensativo e ainda, em outras ocasiões, mostrava-se extrovertido, excitado, logorréico. Demonstrou, entretanto, durante toda a entrevista, perfeito senso das conveniências sociais.

Funções intelectuais conservadas; unicamente a atenção espontânea um pouco reduzida.

No momento, não apuramos a existência de distúrbios psico-sensoriais nem de idéias delirantes. Lembra-se, todavia, perfeitamente, dos distúrbios delirantes e senso-perceptivos ocorridos antes da prática da tentativa de auto-eliminação que o trouxe ao Hospital das Clínicas.

Descreve, de maneira clara, ter ouvido e visto, cerca de dois dias após a interrupção do uso do álcool, vozes e imagens, reconhecidas como sendo de amigos seus. Ofendiam sua moral e faziam-lhe referências desabonadoras. Depois, com a intensificação dos distúrbios, os seus perseguidores aumentaram em número, fazendo-lhe ameaças de morte iminente e de esquartejamento. Ante tal expectativa, desesperado, praticou extensa incisão abdominal, que o levou ao Pronto Socorro do Hospital das Clínicas.

Nesta altura da entrevista, lúcido e loquaz, descreve essas lembranças desagradáveis, criticando-as e atribuindo-as aos seus excessos alcoólicos. Admite, plenamente, ter sido levado à ingestão de alcoólicas, pelo seu temperamento volúvel, intranquilo, rixento, demonstrativo da contínua instabilidade emocional em que vive, e pelas más companhias em que se pusera, assim como pela desproteção em que ficou, depois do falecimento de sua mãe.

Na enfermaria, em demonstração desses traços de personalidade, provocou vários incidentes com companheiros e com a enfermagem, através de atitudes provocantes, irônicas e jocosas.

Pragmatismo comprometido. Distúrbios de conduta, tendo sido preso três vezes e mcompanhia de marginais.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (10-11-62)** — **Raven:** Pontos 27, percentil 10, plano IV = Inferior ao termo médio. **Rorschach:** O material é pobre, de má qualidade, apresentando: Tipo constitucional: predominantemente epileptóide. Inteligência: vulgar, prejudicada em diversos componentes. **Conclusão:** o conjunto oferece um quadro psicótico predominantemente epileptóide, com sintomas acessórios

esquizomorfos e anancásticos, acentuados. **P. M. K.:** Os traçados confirmam o Rorschach. Salientam-se: a alta hétero-agressividade, a vulnerabilidade do ego, a irregularidade no sentido do movimento. Os sinais de maior importância pesam sobre o genótipo.

**CASO 9** — Apresentou-se ao exame, denotando certa relutância e acanhamento, contrafeito e abatido. Manteve-se cabisbaixo e triste, procurando, através de evasivas, fugir às interpelações que lhe foram dirigidas. Nunca se dirigiu espontaneamente ao médico, limitando-se a responder lacônicamente às perguntas formuladas. Falando sempre com voz quase inaudível, choramingando, fez que uma atmosfera de tristeza e abatimento dominasse grande parte da entrevista, culminando com uma crise de choro, quando mais vivamente interpelado.

Atenção espontânea algo reduzida; atenção solicitada conservada. Orientado globalmente.

No plano do julgamento, tem desenvolvido idéias delirantes de ciúmes, à base de falsas interpretações da realidade e de distúrbios psicossensoriais. Essas idéias adquiriam maior força de convicção quando alcoolizado, chegando a traduzir-se em atos mórbidos e descabidos, tais como tentativas de suicídio e de homicídio. Por vezes, foi surpreendido a espionar a esposa. Além disso, tem sido vítima de ilusões auditivas e visuais, assim como de alucinações, pois insiste em ter visto sua esposa em atitudes carinhosas com um enfermeiro e de outra vez, uma fila de homens forçando a porta de sua casa.

Como relato desses episódios, o paciente modificou-se completamente, tornando-se excitado e logorréico. Ansioso, gesticulava e falava com veemência. Afetividade intensamente polarizada em torno de suas convicções mórbidas, tendo, quando mais desesperado, feito menção de arrancar um olho. Mergulhado em suas idéias depressivas, reitera seus propósitos de auto-eliminação. Obteve remissão após o tratamento.

Pragmatismo comprometido.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (10-11-62)** — **Raven:** Pontos 9, percentil 10, plano IV = Inferior ao termo médio. **Rorschach:** O material fornece um quadro de sintomas orgânicos (síndrome geral, com acentuação de traços epileptiformes, notando-se, outrossim, perda do material humano (demência). Observa-se, em particular, defeito da memória. **P. M. K.:** Os traçados confirmam o quadro Rorschach, apresentando desvios intensos, tremores disrítmicos e, por vezes, perda momentânea da configuração.

**CASO 10** — Com a fisionomia a denotar certa inquietação, procura ser cordial e amável, através de atitudes forçadas e artificiais. Entretanto, no curso da entrevista, vai adquirindo espontaneidade.

Atenção espontânea, um tanto reduzida; revela certo grau de interiorização. Atenção solicitada, satisfatória. Orientado globalmente. Memória conservada em suas diferentes formas.

Apuramos ser vítima de alucinações auditivas, sob a forma de vozes que o chamam pelo nome. Outras vezes o ameaçam: «Pedro, aí vem a polícia»; «Aí vem a polícia para te prender». Há muitos anos, quando residia no Recife, ouvia: «Pedro, foge que vão te prender» e, por vezes, saía em desabalada carreira. Essas vozes, tornaram-se mais freqüentes em itidas há um ano, provavelmente em virtude de maiores excessos alcoólicos. Entretanto, ao que informa, as vozes surgem quando está alcoolizado e, outras vezes, mesmo quando se faz sóbrio. Em algumas ocasiões, êsses distúrbios têm-se associado com alucinações visuais: imagens de pessoas sorridentes ou zangadas, de cor branca ou preta. Ao que afirma, êsses fenômenos combinados, auditivos e visuais, surgem mais freqüentemente quando se emociona. Nessas ocasiões, não é capaz de criticar os distúrbios psico-sensoriais, não raramente, fugindo em pânico. Depois, passado o susto, toma consciência de que «tudo não passa de uma representação», de «uma impressão de sua idéia», que não corresponde à realidade.

Do ponto-de-vista afetivo-emocional, se caracterizou desde a infância por gênio violento, irascível, impaciente, agressivo, brigando com freqüência; certa vez, por questão de somenos, furou a orelha de um companheiro de pescarias. Revela ressentimentos em relação ao comportamento de sua mãe. Depois de viúva, ingerindo cachaça, deixava-se ficar pelos botequins, em companhia de marginais e desordeiros, causando grandes mágoas ao paciente e aos seus irmãos. Na descrição desses episódios, emociona-se, pondo-se a chorar.

Obteve completa remissão após o tratamento.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (10-11-62)** — **Raven:** Pontos 14, percentil 10, plano IV = Inferior ao termo médio. **Rorschach:** O material é de má qualidade, com elementos de base psicopática, sobressaindo sintomas distímicos, impulsividade e epileptóides. Associado encontra-se um quadro orgânico. **P. M. K.:** Os traçados confirmam o Rorschach. Salientam-se: a hétero-agressividade alta e sintomas de quadro orgânico.

**CASO 11** — Exteriorizou certa tensão emocional e ansiedade, através da atitude intranquila e da fisionomia bastante móvel. Tenso, ao responder-nos, algumas vezes se atrapalha, falando atabalhoadamente.

Atenção espontânea e a solicitada, conservada; bom contato com o examinador. Orientação e memória, preservadas.

Ao que apuramos, em internação anterior, há alguns anos, permaneceu vários dias em «delírio», vendo «bichos», o que lhe produzia muito medo. As «visões» deixavam-no intensamente angustiado.

Na presente entrevista, não apuramos distúrbios delirantes ou alucinatórios. Como vimos, emocionalmente, o paciente se apresenta tenso, preocupado, inseguro, angustiado. Estes sintomas são suscetíveis de exacerbação pela simples presença do médico.

Ao ver do paciente, teria desempenhado importante papel no desenvolvimento da toxicomania a sua constituição hiper-emotiva e as condições ambientais em que viveu. Assim, com doença visual incurável (queratocone), interrompeu os estudos e passou a ajudar seu pai, como garção, na cantina. Desde então, passou a freqüentar o meio boêmio e a se utilizar do álcool.

Adaptação satisfatória no meio familiar. Pragmatismo comprometido.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (17-11-62) —**

**Raven:** Pontos 46, percentil 75, plano II = Superior ao termo médio.

**Rorschach:** O material fornece sintomas epileptiformes acompanhados de traços mistos, entre os quais destacam-se: depressão acentuada, reações paranóides, sinais neuróticos, distímicos, etc. Há descrição de problemas da personalidade e particularidades técnicas. **P. M. K.:** Os traços confirmam o Rorschach. Observa-se a grande depressão, mais evidente no fenotipo (psicógena); hipertonia, tremores e oscilações, DA genotípico. Há traços perigosos contra o ego, na dependência de estes.

**CASO 12** — No início da entrevista, permaneceu com a cabeça baixa e apoiada nas mãos, calado, pensativo, em atitude circunspecta, desconfiado. Limitava-se a responder, lacônicamente, às perguntas que lhe eram dirigidas.

Apesar d aatitude de aparente alheamento, a atenção, solicitada, encontrava-se conservada, atendendo prontamente. Orientado globalmente. Memória conservada em suas diferentes formas.

Não apuramos distúrbios da esfera senso-perceptiva ou do julgamento.

Confiou-nos várias vezes que é muito prudente ao estabelecer novas amizades, motivo pelo qual custa ficar à vontade em novos ambientes. «Seleciona» muito as amizades.

Quando se utiliza do álcool, muda completamente de humor, tornando-se extrovertido e alegre. Segundo sua própria opinião seria isso que o levaria a ingerir bebidas alcoólicas com tanta freqüência.

Vive em companhia de sua mãe, a quem dedica muito afeto, a despeito de alguns ressentimentos originados de sua internação na infância, decorrente do segundo casamento da genitora. Traduziu sua revolta contra o orfanato em que estava internado, em companhia de um irmão mais velho, através do mau comportamento e algumas fugas que rea-

lizou. Mais tarde, desenvolveu grande agressividade contra o padrasto, porque êste impedia que sua mãe levasse os filhos, adolescentes para sua companhia.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (11-11-62) —**

**Raven:** Pontos 18, percentil 10, plano IV = Inferior ao termo médio.

**Rorschach:** O material é de má qualidade, fornecendo um quadro de base psicopática (com traços epileptóides), acompanhado de sintomas esquizomorfos acentuados. **P. M. K.:** Os traços confirmam o Rorschach: Sobressai a alta agressividade genotípica, incoerência intrapsíquica, etc. O fenotipo conserva-se de melhor fatura.

**CASO 13** — Mantém-se sentado, imóvel, cabisbaixo, olhando fixamente o chão. Não se dirige espontaneamente ao examinador, limitando-se a responder quando estimulado. Por vezes, realiza alguns movimentos com a cabeça, afirmativamente ou negativamente, como se respondesse a distúrbios senso-perceptivos. Neste primeiro contato, impressiona a sua interiorização; desligado, não se dá conta do mundo exterior e dos examinadores.

Atenção espontânea, reduzida. A atenção solicitada está parcialmente comprometida. Orientação auto-psíquica, conservada; orientação alopsíquica, parcialmente comprometida. Naquilo que nos foi possível pesquisar a memória encontra-se conservada em suas diferentes formas.

Apuramos a existência de distúrbios psico-sensoriais, sob a forma de alucinações bem diferenciadas, representada por vezes que convocam o paciente para beber ou para jogar; distúrbios alucinatórios visuais, sob a forma de visões bem definidas de cobras, cachorros e outros animais. Tem sido vítima também de alucinações cutâneas, bichos e insetos de pequeno porte que correm sobre sua pele, obrigando-o a levantar-se numerosas vezes durante a noite para retirar as cobertas. Além disso, tem referido o cheiro de velas queimando, que muito o incomodam (alucinações olfativas).

E mfunção dos distúrbios psico-sensoriais, desenvolveu idéias delirantes de defesa. Chegou a comprar uma faca para enfrentar os seus supostos perseguidores e livrar-se das cobras. Centrou suas idéias delirantes em u m«pretinho» das vizinhanças. Nesta entrevista, não faz crítica dessas idéias, pretendendo após a alta, eliminar êsse indivíduo.

Vida emocional pobre, predominando a tendência ao alheamento e ao autismo. Na descrição de suas alucinações e delírios não põe nenhuma carga afetiva, fazendo-o de farma apagada e automática.

Pragmatismo completamente comprometido, estando, há alguns anos, sem trabalhar. Por vezes, no trato com o médico e a enfermagem, tem-se mostrado irritadiço e mal humorado. No passado, por motivo de somenos, agrediu um dentista. Na evolução apresentou completa remissão.





## NORMAL = 11 CASOS

CASO Nº	Idade do início do alcoolismo (em anos)	Duração do alcoolismo (em anos)	Nível Educacional	Presença de sinais orgânicos no Psicodiagnóstico	Síndrome Psicobiológica	Tipo de personalidade codificada	Nível Intelectual
1	24	113	SECUND.	+	RICO	PRIMÁRIO	N
7	10	26	PRIMÁRIO		POBRE	PRIMÁRIO	N
11	20	17	SECUND.		POBRE	PRIMÁRIO	N
16	20	11	PRIMÁRIO	+	RICO	NEURÓTICO	N
19	20	5	PRIMÁRIO		RICO	NEURÓTICO	N
20	18	11	PRIMÁRIO		RICO	NEURÓTICO	N
22	20	19	SECUND.		RICO	NEURÓTICO	N
23	23	10	SECUND.		RICO	NEURÓTICO	N
28	28	17	SECUND.		RICO	PRIMÁRIO	N
27	18	10	SECUND.		RICO	NEURÓTICO	N
14	20	16	SECUND.		RICO	P. ESQUIZOTÍMICA	N

SÚMULA:  
DURAÇÃO (EM ANOS) DO ALCOOLISMO (MÉDIA) = 14 ANOS

IDADE DO INÍCIO DO ALCOOLISMO (MÉDIA) = 20 ANOS

NÍVEL EDUCACIONAL  
ANALFABETO = 0  
PRIMÁRIO = 4  
SECUNDÁRIO = 7

PRESENÇA DE SINAIS ORGÂNICOS = 2

SÍNDROME PSILOCIIBÍNICO  
NULO = 0  
POBRE = 2  
RICO = 9

TIPO DE PERSONALIDADE DO ALCOOLATRA OU FORMA DE ALCOOLISMO  
PRIMÁRIO = 4  
SECUNDÁRIO = 3  
NEURÓTICO = 8  
OUTROS = 1

## INFERIOR = 12 CASOS

2	28	11	PRIMÁRIO		POBRE	NEURÓTICO	INF.
3	20	19	PRIMÁRIO		NULO	PRIMÁRIO	INF.
4	25	22	PRIMÁRIO	+	RICO	PRIMÁRIO	INF.
5	9	24	PRIMÁRIO	+	NULO	P. PARAN.	INF.
6	28	11	PRIMÁRIO	+	POBRE	NEURÓTICO	INF.
8	15	6	PRIMÁRIO		POBRE	P. PSICOP.	INF.
9	18	39	PRIMÁRIO	+	POBRE	P. PARAN.	INF.
10	18	9	ANALF.		POBRE	P. ESQUIZOTÍMICA	INF.
12	20	10	PRIMÁRIO		RICO	PRIMÁRIO	INF.
15	22	11	PRIMÁRIO	+	RICO	P. ESQUIZOTÍMICA	INF.
25	15	20	SECUND.	+	RICO	NEURÓTICO	INF.
30	18	30	PRIMÁRIO	+	RICO	NEURÓTICO	INF.

SÚMULA:  
DURAÇÃO (EM ANOS) DO ALCOOLISMO (MÉDIA) = 17 ANOS

IDADE DO INÍCIO DO ALCOOLISMO (MÉDIA) = 19 ANOS

NÍVEL EDUCACIONAL  
ANALFABETO = 1  
PRIMÁRIO = 10  
SECUNDÁRIO = 1

PRESENÇA DE SINAIS ORGÂNICOS = 7

SÍNDROME PSILOCIIBÍNICO  
NULO = 2  
POBRE = 5  
RICO = 5

TIPO DE PERSONALIDADE DO ALCOOLATRA OU FORMA DE ALCOOLISMO  
PRIMÁRIO = 3  
SECUNDÁRIO = 4  
NEURÓTICO = 4  
OUTROS = 5

## DEFICIENTES = 7 CASOS

13	15	17	ANALF.		POBRE	P. ESQUIZOTÓIDE	DEFIC.
17	15	17	PRIMÁRIO	+	RICO	P. ESQUIZOTÓIDE	DEFIC.
18	16	15	PRIMÁRIO		RICO	P. ESQUIZOTÓIDE	DEFIC.
21	5	43	ANALF.	+	RICO	P. ESQUIZOTÓIDE	DEFIC.
24	20	9	SECUND.		POBRE	NEURÓTICO	DEFIC.
28	20	13	ANALF.	+	NULO	P. ESQUIZOTÓIDE	DEFIC.
29	14	30	ANALF.	+	NULO	PRIMÁRIO	DEFIC.

SÚMULA:  
DURAÇÃO (EM ANOS) DO ALCOOLISMO (MÉDIA) = 20 ANOS  
IDADE DO INÍCIO DO ALCOOLISMO (MÉDIA) = 15 ANOS

NÍVEL EDUCACIONAL  
ANALFABETO = 4  
PRIMÁRIO = 2  
SECUNDÁRIO = 1

PRESENÇA DE SINAIS ORGÂNICOS = 4

SÍNDROME PSILOCIIBÍNICO  
NULO = 2  
POBRE = 2  
RICO = 3

TIPO DE PERSONALIDADE DO ALCOOLATRA OU FORMA DE ALCOOLISMO  
PRIMÁRIO = 1  
SECUNDÁRIO = 1  
NEURÓTICO = 1  
OUTROS = 5

ciaram a produção do material. **P. M. K.:** Os traçados confirmam o Rorschach, assinalando sintomas orgânicos, desvios e remores disrítmicos, etc.

**CASO 15** — Compareceu ao exame revelando certa inquietação e intranquilidade; mostra-se preocupado e ressabiado. Demonstra certo descuido em relação à aparência pessoal, através do vestuário desalinhado e cuidados higiênicos insatisfatórios.

Não apuramos comprometimento da esfera intelectual: atenção, orientação e memória, conservadas em suas diferentes modalidades.

Não apuramos a existência de distúrbios na esfera senso-perceptiva nem alterações do julgamento.

Na infância, já exteriorizava traços mórbidos de personalidade. Assim, sendo o caçula dentre oito irmãos, excessivamente mimado pela mãe, alterava os fatos, fantasiando situações, pespegando muitas mentiras aos familiares. Deixando-se levar por más companhias, na escola, apresentou péssimo rendimento. Aos 14 anos, depois de numerosas reprovações, interrompeu definitivamente os estudos, passando a viver, então, em completa marginalidade. Nunca tendo conseguido passar de cavaleiro e alimentando idéias de vir a ser jóquei (profissão de seus irmãos) perambulou por várias capitais brasileiras, sem conseguir realizar seu sonho.

Do ponto-de-vista afetivo-emocional, observa-se certo embotamento. Refere-se de forma muito fria, indiferente, quase automática, a alguns aspectos de sua vida sentimental. Está noivo e pretende casar-se, entretanto, não mostra maior entusiasmo com essa perspectiva, nem se dispõe a realizar esforços para alcançar o fim colimado, confiando na ajuda que lhe será proporcionada por um irmão mais velho. Ao irmão e à noiva, refere-se de forma irônica e cínica, não demonstrando maior apêgo por eles.

Pragmatismo grandemente comprometido.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (8-12-62)** — **Raven:** Pontos 28, percentil 25, plano IV = Inferior ao termo médio. **Rorschach:** O material fornece um quadro misto, sobressaindo sintomas orgânicos epileptiformes e esquizomorfos. Acrescentam-se valores distímicos e neuróticos. **P. M. K.:** Os traçados são disrítmicos, apresentando grande irregularidade no sentido do movimento, oscilações largas, depressão psicógena, introjeção da agressividade, introversão acentuada, sobretudo fenotípica, etc.

**CASO 16** — Demonstra, em conjunto, grande abatimento, falando morosamente, com desânimo, susurrante; mantém-se cabisbaixo, triste e pensativo. Tendendo para a imobilidade, por vezes realiza alguns movimentos lerdos e demorados.

Atenção espontânea e provocada, reduzidas. Há necessidade de várias estimulações verbais para se obter uma resposta. Orientado globalmente. Memória conservada em suas diferentes formas.

Não apuramos a existência de distúrbios psicossensoriais nesta entrevista. Conta-nos que, quando sob a ação do álcool, ouve vozes e vê vultos. Critica perfeitamente estes distúrbios, relacionando-os exclusivamente com a intoxicação etílica. Do ponto-de-vista do julgamento, exterioriza idéias de culpabilidade, de auto-acusação e de auto-depreciação, afirmando reiteradas vezes que, na sua família, é o único alcoólatra. Reitera, também, as idéias já exteriorizadas na adolescência, de ser possuidor de complexos de inferioridade e de defeitos físicos, os quais não sabe, entretanto, apontar explicitamente.

Na adolescência, juntamente com essas preocupações apresentou grandes oscilações de humor; de arredio, triste, para a alegria e a extroversão.

Em seu entender, a toxicomania, responsável pelos desajustes nos empregos e pelo insucesso de sua vida conjugal (foi abandonado pela esposa), prende-se ao seu acanhamento e timidez. Aos 18 para 19 anos, percebeu que o álcool vencía a sua timidez, o seu acanhamento, «os seus complexos», na expressão do paciente.

Na infância, mostrou-se retraído, isolado, temeroso, procurando viver só e revelando grande dificuldade para conversar com estranhos, principalmente quando do sexo feminino. Sua mãe, sempre lhe dispensou afeto e carinho, principalmente por ser o caçula. Depois de adulto, em casa, continuou a ser chamado de «o menino».

Pragmatismo completamente comprometido.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (28-12-62) — Raven:** Pontos 35, percentil 50, plano III = Termo médio. **Rorschach:** O material é um tanto escasso de informações, fornecendo a síndrome orgânica com predomínio de fatores epileptiformes. **P.M.K.:** Os traçados confirmam o Rorschach. Sobressai a alta agressividade genotípica.

**CASO 17** — O contato com o examinador é satisfatório; atenção, conservada. Orientado globalmente. Descreve os fatos concernentes à sua vida, no presente e no passado, com fidelidade; memória conservada nas suas diferentes formas.

Ao que apuramos, nos dias que precederam à internação, foi vítima de distúrbios alucinatorios e desenvolveu idéias delirantes. Aliás, em outra internação realizada e em hospital especializado em Curitiba, teria sido vítima também, durante alguns dias, de ilusões e alucinações auditivas e visuais. Por outro lado, apuramos que tem exteriorizado idéias de ciúmes em relação à esposa. Tem traduzido essas idéias em preocu-

pações ciumentas, exageradas e descabidas. Essas manifestações têm surgido mesmo nos períodos em que não está se utilizando de álcool.

Na infância, apesar de revelar boa capacidade de adaptação ao meio familiar, demonstrou sempre certo retraimento, timidez e pouca expansividade; era trêmulo e muito emotivo. Mostrando-se muito sugestionável e com acentuado grau de passividade, deixou-se iniciar, por seu patrão, no uso de alcoólicos. Do ponto-de-vista afetivo, mostra-se um tanto embotado e frio. Revela maior vivacidade e alguma veemência, quando o interpelamos sobre suas idéias de ciúmes. Nesta entrevista, esboça alguma crítica dessas idéias, julgando-as improcedentes e inaceitáveis.

Pragmatismo comprometido.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (28-12-62) — Raven:** Pontos 10, percentil 5 plano V = Deficiente. **Rorschach:** O material é de má qualidade, apresentando um quadro orgânico (lesionais). Notam-se traços isolados de outra procedência. Confirma-se o déficit intelectual dado pelo Raven. **P. M. K.:** Os traçados concordam com o Rorschach, fornecendo sintomas predominantes da síndrome orgânica.

**CASO 18** — Manteve-se calado durante o início da entrevista, não se dirigindo espontaneamente ao examinador. Cabisbaixo, tendendo para a imobilidade, sustenta a cabeça com as mãos, com expressão pensativa e preocupada.

Apesar de certa interiorização, estabelece contato satisfatório com o examinador, quando estimulado verbalmente. Atenção espontânea algo reduzida; atenção provocada, conservada. Atende prontamente quando solicitado. Orientado globalmente. Descreve os fatos relativos à sua vida, no presente e no passado, com fidelidade, demonstrando a conservação da memória em suas diferentes formas.

Nega categoricamente ter ouvido vozes ou ter visto «visões», alucinações ou ilusões, visuais ou auditivas, em qualquer época de sua vida, mesmo quando embriagado. Referiu-nos porém que, no serviço, tinha impressão de que falavam a seu respeito, criticando-o. Colegas seus iam meter ao chefe para criticá-lo, para apontar seus defeitos ou má conduta. Percebeu também, da parte dos seus vizinhos, certa indiferença e frieza em relação à sua pessoa. Não respondiam nem aos seus cumprimentos. A princípio atribuiu essas atitudes ao fato de se apresentar constantemente embriagado; entretanto, depois, mesmo quando abstinente, percebia certa má vontade da parte dos conhecidos e vizinhos.

Do ponto-de-vista afetivo-emocional, o próprio paciente se reconhece um tanto arredio e esquivo, procurando fugir ao contato com os seus semelhantes, permanecendo distante dos outros; esses traços de personalidade se revelam desde a infância. Evidenciavam-se inclusive

quando ingeria bebidas alcoólicas, pois preferia também fazê-lo só. Ressabiado, a certa altura, perguntou-nos: «para onde vai esta papelada toda?».

Apesar de seu temperamento tímido e retraído, tem conseguido satisfatório relacionamento no meio social, o mesmo se observando em relação à esposa e filhos, a quem sempre dedicou muito afeto.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (24-11-62) — Raven:** Pontos 17, percentil 5, plano V = Deficiente. **Rorschach:** O material é interessante, contendo particularidades técnicas. Observa-se um quadro de traços ictafines ao lado de sintomas predominantemente esquizofrênicos. Destaca-se parte do material humano em estado relativamente bom em oposição ao material prejudicado. **P. M. K.:** Os traços acusam igualmente, sintomas mistos, orgânicos e esquizofrênicos. Sobressai a alta excitação genotípica ao lado de intensa hétero-agressividade com traços do «enfoque», sinais do *facho delirante*, etc.

**CASO 19** — A despeito de parcialmente intoxicado pelo álcool, a atenção espontânea está conservada, assim como a solicitação, atendendo prontamente quando interpelado. Orientado globalmente. Descreve os fatos relativos à sua vida, no presente e no passado, com fidelidade, em atestado de conservação da memória em suas diferentes formas.

Nega distúrbios alucinatórios ou ilusórios, auditivos ou visuais, assim como não apuramos a existência de idéias delirantes. O paciente, porém, desenvolveu idéias e preocupações mórbidas relacionadas com o comportamento da esposa, calcadas sobretudo no fato de o desvirgamento ter ocorrido anteriormente ao casamento. Estas dúvidas tem representado constante fonte de conflitos e angústias para o paciente.

Do ponto-de-vista afetivo, revelou grande instabilidade, insegurança e sugestibilidade. Preocupa-se excessivamente com sua toxicomania, desejando ardentemente abandoná-la. Muito lamentoso, alonga-se demasiadamente nas queixas referentes à esfera somática, relatando várias manifestações corporais, tais como repuxamentos, dores, opressão na região precordial e no abdome.

Por vêzes, quando o quadro se agrava, suas idéias de ciúmes se exacerbam, chegando então a vigiar sua esposa, situação esta que tem provocado freqüentes rixas e desinteligências no lar.

Pragmatismo comprometido.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (9-2-63) — Raven:** Pontos 32, percentil 25, plano IV = Inferior ao termo médio. **Rorschach:** O material oferece um quadro de *sintomas epiléptiformes* com acentuados traços depressivos. O plano alcançado no Raven deve ser relevado, segundo as informações do *psico-diagnóstico*. **P. M. K.:** Os

traçados concordam com o tipo enequético, apresentando desvios insistentes. Sobressai DA genotípico ao lado da depressão psicógena.

**CASO 20** — Quando se apresentou para o exame, denunciava, em seu conjunto, atitude, fisionomia e mímica, acentuada tensão emocional. Procura dissimular a ansiedade, através de movimentos nervosos das mãos, repentinas alterações fisionômicas e oscilações inesperadas com o corpo. Vestuário bem cuidado, condições higiênicas satisfatórias; senso das conveniências sociais conservado.

Atenção espontânea parcialmente reduzida; o paciente é algo interiorizado e ensimesmado. Atenção provocada, conservada. Orientado globalmente. Memória sem alterações.

Não apuramos a existência de distúrbios senso-perceptivos ou de idéias delirantes.

Desde logo sentiu as limitações psicológicas da sua interiorização e acanhamento, no convívio com os outros, principalmente com o sexo oposto. Descreve com riqueza de pormenores as suas dificuldades ao procurar u'a moça para dançar ou para consumir relações sexuais. Para realizar plenamente êsses propósitos, recorria ao álcool, que o estimulava e desinibia.

Co ma agravação da toxicomania, passou a revelar alguns distúrbios de conduta, roubando objetos e dinheiro de sua mãe, para comprar bebidas. Aliás, desde a adolescência, vem revelando certa prodigalidade mórbida.

Nos períodos de abstinência, quando desintoxicado, convive satisfatoriamente com sua mãe, a quem demonstra muito apêgo.

Pragmatismo completamente comprometido.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (9-2-63) — Raven:** Pontos 45, percentil 75, plano II = Superior ao termo médio. **Rorschach:** O material é de boa qualidade, oferecendo um quadro para a ixoidia. **P. M. K.:** Os traçados apresentam, em geral, de boa fatura, notando-se sinais de defeito no fenotipo.

**CASO 21** — Penetrou na sala de exame vagarosamente, andando com pequenos passos, cabisbaixo, evitando encarar o examinador. No início mostrava-se apático e abatido. Com o transcorrer do exame, foi tornando-se inquieto e preocupado.

Não conseguimos bom contato com o paciente, obtendo dele poucas informações, seja pela atitude autista, seja pela evidente dificuldade de expressão verbal que demonstra. Expressa-se de modo lacônico, monossilábico, em tom quase inaudível.

Do ponto-de-vista intelectual, revela atenção reduzida, certa dificuldade para orientar-se e evidente hipomnésia, bem evidenciada na difi-

culdade e imprecisão com que fornece respostas as nossas interpelações. N o seu relato incide em várias falhas, em virtude de distúrbios amnésicos. A atenção provocada revela evidente fadiga, havendo necessidade de reiteradas interpelações para mantermos contato com o paciente.

Referiu espontaneamente ser vítima de alucinações auditivas. Estes distúrbios surgiram há cerca de dois anos e meio, depois que deixou completamente o uso de alcoólicos. São vozes que falam consigo, não esclarecendo mais precisamente o conteúdo desses fenômenos auditivos. Quando mais intensamente interrogado a respeito, procura dissimular. Afirmou também ser perseguido por várias pessoas, que desejam eliminá-lo. As perseguições dirigidas contra sua pessoa surgiram juntamente com as vozes mencionadas. Certa vez, desesperado com essas ameaças, tentou auto-eliminar-se. Quando fez essa tentativa ainda estava utilizando-se de bebidas alcoólicas. Com o tratamento houve completa remissão dos distúrbios.

Do ponto-de-vista afetivo, nesta entrevista, mostra-se um tanto embotado e alheado.

Pragmatismo comprometido.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (8-6-63)— Raven:** Pontos 13; percentil 5; plano V = Deficiente. **Rorschach:** O material é escasso, de poucas informações. Inteligência bastante prejudicada. Observa-se um quadro de sintomas orgânicos com intensa depressão de caráter endógeno e traços epileptiformes. Há possibilidade de sintomas esquizomorfos. **P. M. K.:** Os traçados salientam a depressão, predominantemente endógena, a introversão, possibilidades delirantes, introjeção de grande carga agressiva. O genotipo é, em geral, mais desorganizado, acusando, portanto, sinais de base.

**CASO 22** — Revela facilidade para estabelecer contato com o examinador. Sintoniza-se bem com o ambiente e expõe seus problemas com fluência e clareza; revelando certa desenvoltura na exposição verbal, utiliza-se de vocabulário rico e apropriado. No decurso da entrevista, porém, demonstra certa labilidade de humor, revelando tendência a irritar-se e tornar-se agressivo. Nessas ocasiões, responde de forma áspera e um tanto rude às nossas interpelações. Fisionomia intranquã; mímica rica e expressiva.

Vida intelectual; atenção, orientação e memória conservadas.

Do ponto-de-vista senso-perceptivo, descreve com clareza, alucinações de tipo hipnagógico. Apuramos também a existência de idéias de auto-eliminação, que surgem somente quando está embriagado.

Pragmatismo comprometido.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (8-6-63)— Raven:** Pontos 35; percentil 50; plano III = Normal. **Rorschach:** O material

revela uma personalidade com acentuados traços epileptiformes e esquizomorfos. Há importantes valores ciclotímicos constitucionais, deslocando-se, entretanto, o Tv. para a extrema esquerda, em virtude da retração das cromáticas. A prova contém descrição de sintomas. **P. M. K.:** Os traçados confirmam o Rorschach, acusando sinais enequéticos no tipo constitucional, coartação, do TL, depressão psicógena, etc. Há heteroagressividade em alto grau, o enfoque paranóico e tremores irregulares de repentinas oscilações (intoxicação?).

**CASO 23** — Estabelece satisfatório contato com o examinador, revelando bom nível educacional, através de prosa fluente e fácil. Desde o início da entrevista, deixou, todavia, transparecer acanhamento e timidez. Revela certa submissão e dependência.

Atenção, orientação e memória, conservadas.

Não apuramos a existência de distúrbios senso perceptivos nem de idéias delirantes.

Em atestado da timidez já referida, encontrou dificuldade para relacionar-se com o sexo oposto, principalmente no que se refere à concretização das relações hetero-sexuais. Todavia, depois do casamento, estas dificuldades foram completamente superadas.

Tem revelado desajuste no trabalho e dificuldade de adaptação no meio social, em virtude de traços pleitistas de personalidade, que se traduzem em constante insatisfação com os salários percebidos. Esses distúrbios culminaram na emissão de um cheque-sem-fundo.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (15-6-63)— Raven:** Pontos 39; percentil 50; plano III = Normal. **Rorschach:** Tipo constitucional predominantemente icotímico, apresentando sua componente esquizomorfia bastante desenvolvida. Inteligência de boa qualidade, apresentando capacidade de criação interior (não devidamente aproveitada), etc. Sintomas principais: um componente homossexual, a síndrome narcísica, sinais insistentes de ciúme, autismo, reações paranóides, etc. **P. M. K.:** Os traçados concordam com o Rorschach. O fenotipo apresenta-se de melhor fatura. A agressividade pode manifestar-se inesperada, possivelmente intensa.

**CASO 24** — Contato satisfatório com o examinador. Mantem-se em atitude cabisbaixa, com fisionomia que revela certa apreensão, deixando entrever humor triste e deprimido. Demonstrando a conservação do senso das conveniências sociais, procurou, durante toda a entrevista, colaborar com o examinador, respondendo às perguntas que lhe foram dirigidas, de forma cordial e atenciosa.

Atenção, orientação e memória, conservadas.

Não apuramos distúrbios alucinatórios ou ilusórios. Tem, todavia, apresentado, quando está para conciliar o sono, distúrbios visuais do tipo alucinatório (alucinações hipnagógicas). Além disso, tem permane-

cido durante a noite em delírio onírico. Em virtude disso, não consegue conciliar o sono, padecendo, noites consecutivas, com insônia pertinaz. Obteve completa remissão com o tratamento.

Até o início da toxicomania, que começou depois de frustrações afetivas, o paciente se caracterizou como pessoa alegre, sociável, extrovertido. Até então, dedicava-se com eficiência aos estudos, realizando o curso de química industrial.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade**(15-6-63)— **Raven:** Pontos 22; percentil 5; plano V = Deficiente (p/+). **Rorschach:** O material fornece traços ciclotímicos predominantes, ao lado de outros. A prova contém descrição de sintomas. **P. M. K.:** Os traçados confirmam o Rorschach sem desvios de maior importância. Nota-se, apenas, a agressividade fenotípica em grandes oscilações, contra o mundo exterior, podendo sugerir-se o estado perigoso na dependência de maior excitação, à vista das características de instabilidade emocional.

**CASO 25** — Esfera intelectual: atenção, orientação e memória, preservadas.

Últimamente, ao que apuramos, tem sido vítima de distúrbios alucinatórios visuais e auditivos. Do ponto-de-vista do julgamento, tem exteriorizado preocupações e desconfianças em relação ao comportamento da esposa (Delírio de Ciúmes). Estas idéias tornaram-se mais frequentes e intensas depois que ela começou a trabalhar fora, em virtude das dificuldades econômicas do casal.

Afetividade embotada, polarizada em torno de suas convicções mórbidas.

Pragmatismo acentuadamente comprometido.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade**(6-7-63) — **Raven:** Pontos 30; percentil 25, plano IV = Inferior ao termo médio. **Rorschach:** O material é de má qualidade, contando poucas informações. Sobressaem sintomas da síndrome orgânica, inteligência pobre, pensamento dado a confabulações, alta estereotipia, afetividade escassa, problemas sexuais, inibições, suspeita de um componente homossexual, estados depressivos frequentes. **P. M. K.:** Os traçados confirmam os sintomas orgânicos em predomínio, DA genotípico, grandes oscilações no sentido do movimento, tremores irregulares e repentinos, mais evidentes no início dos traçados.

**CASO 26** — No início da entrevista, manteve-se calado, imóvel, pensativo, olhando fixamente um ponto qualquer do espaço. Não dirige espontaneamente a palavra ao examinador. Quando interpelado, responde lacônicamente ao que lhe foi perguntado. Fisionomia pensativa. Atitude reveladora de certa inquietação e intranquilidade.

Atenção, orientação e memória, conservadas.

Não apuramos distúrbios senso-perceptivos visuais e auditivos.

Não apuramos também, de forma explícita, existência de alterações do julgamento.

Do ponto-de-vista afetivo, demonstra toda a sua preocupação com a demissão a bem do serviço público, ocorrida há alguns anos e que apresentou grande injustiça, no entender do paciente.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade**(6-7-63)— **Raven:** Pontos 38; percentil 50; plano III = Normal. **Rorschach:** O material apresenta mescla de sintomas e numerosas informações. Inteligência normal, prejudicada em certos elementos. Prevaecem acentuados traços de ixoidia, ao lado de fatores esquizomorfos insistentes, e, ainda, um quadro neurótico. Sintomas principais: problemas sexuais importantes um componente homossexual, encobrimentos, reações paranóides, indícios masturbatórios, etc. Salientam-se o sadismo oral e o erotismo anal. **P. M. K.:** Os traçados acusam depressão, sobretudo endógena, tremores irregulares, repentinos, alta agressividade fenotípica, etc.

**CASO 27** — O paciente compareceu ao exame em atitude contrafeita, revelando no primeiro contato certo acanhamento e timidez. Mantém-se pensativo ao absorto, caseiro. Fisionomia interiorizada; facies denunciadora de certo grau de infiltração alcoólica. Limita-se a responder quando interpelado, não se dirigindo espontaneamente ao examinador.

Atenção espontânea algo reduzida em decorrência de certo grau de interiorização do paciente. Atenção solicitada, conservada; atende de pronto quando estimulado verbalmente. Orientado globalmente. Reproduz os fatos ocorrido sem sua vida, no presente e no passado, com fidelidade; ;memória conservada.

Ao que apuramos, nas ocasiões em que interrompia o uso de alcoólicos, era vítima de distúrbios senso-perceptivos auditivos, bem diferenciados, sob a forma de músicas ou irradiação de jogos de futebol, que ouvia com muita nitidez, principalmente à noite. Estes fenômenos o impediam de conciliar o sono, chegando a passar noites inteiras sem dormir. Quando dormia por alguns instantes, o sono era muito agitado, com muitos pesadelos. Durante os períodos em que esteve mais intoxicado pelo álcool, chegou a julgar que toda a sua família, assim como os vizinhos e conhecidos estavam voltados contra sua pessoa. Eram injustos consigo e desejavam fazer-lhe mal. Na descrição dessas convicções que desenvolveu em relação aos familiares, põe grande carga afetiva, emocionando-se bastante e chegando a esboçar algumas lágrimas. Dêsse «complot» de má-vontade contra sua pessoa, verificado em quase todas as atitudes de sua família, exclui unicamente sua mãe, que lhe fazia justiça e a quem, afetivamente está muito ligado.

Outro fator de desajuste em sua vida foi a inclinação ao jôgo de pôquer, «pif-paf» e «cavalos», que revelou desde os 18 anos, quando passou a freqüentar casas de apostas.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade**(13-7-63)— **Raven:** Pontos 21, percentil 10, plano IV = Interior ao termo médio. **Rorschach:** Constituição predominantemente cicloide ao lado de fatores isotímicos, não menos importantes. Inteligência de boa qualidade prejudicada em diversos componentes, em consequência de problemas. Observam-se, outrossim, valores orgânicos em evidência. Sintomas principais: sinais de enoque, encobrimentos, inibições sexuais, tendências desordenadas, retração das relações humanas, sugestividade, irritabilidade, capacidade adaptativa superada pelas forças egocêntricas, etc. **P. M. K.:** Os traçados focalizam os fatores orgânicos caracterizados por desvios e tremores irregulares, de largas e repentinas oscilações; hipertonia, depressão psicogena desvio axial nas horizontais. Confirma-se o tipo constitucional.

**CASO 28** — O paciente compareceu ao exame com o vestuário descaído, fisionomia inexpressiva, com a barba por fazer, com os cabelos despenteados, em atitude de certa apatia e indiferença. Revela, em conjunto, certo prejuízo ao senso das conveniências sociais.

Atenção espontânea esmaecida, conservadas. Orientado globalmente. Memória conservada em suas diferentes formas.

Ao que apuramos, certa vez, há alguns anos, após ter ingerido algumas doses de cachaça, ficou muito desorientado, vendo muitos animais, burros e cavalos, de grandes proporções, dando grandes saltos, por cima de cercas muito altas. Esses fenômenos, desapareceram com a eliminação do álcool. Além disso, por diversas vezes, tem ouvido a voz de sua mulher a chamá-lo principalmente quando faz uso de alcoólicos. Antes de ser internado nesta Clínica, o paciente tinha ingerido grandes quantidades de alcoólicos. Tinha vendido um pouco de feijão e, para comemorar, bebeu em excesso. Depois disso, ficou muito excitado e confuso, fugindo de um lado para outro, afirmando que sua esposa andava de namôro com um primo, a quem dirigia olhares muito carinhosos. Prêso, foi trazido a esta Capital, para ser tratado. Nesta entrevista, crítica tôdas estas idéias a respeito do comportamento da esposa, a quem reconhece uma pessoa séria e dedicada ao lar. Tôdas estas informações foram colhidas com grande dificuldade devido ao retardo intelectual e pedagógico do paciente, que se expressa com dificuldade, em gíria do meio rural, usando algumas expressões de difícil compreensão. A deficiência mental do paciente foi bem demonstrada na forma pueril e confusa com que respondeu a certas perguntas que lhe foram dirigidas. Não tem capacidade de abstração, limitando-se a raciocinar em termos concretos. Vida afetiva voltada para a família.

Pragmatismo comprometido.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade**(13-7-63)— **Raven:** Pontos 17, percentil 5, plano V = Deficiente. **Rorschach:** O material é de má qualidade. Inteligência bastante prejudicada em certos elementos, pensamento dado a confabulações insistentes. Observa-se um quadro orgânico (síndrome geral) com acentuação de sintomas epiléticos. Afetividade impulsiva, de instintos primitivos. Sobressaem conteúdos de estranha significação, em condições técnicas especiais sobre o tema «criança» (suspeita de perversões). Indicações de trauma sob intenso choque cromático, dissimulações, traços insistentes de ciúmes, regressão, teimosia, redução do campo da consciência, etc. **P. M. K.:** Os traçados concordam com o Rorschach, apontando o tipo enequético e sinais insistentes do quadro orgânico. Alta agressividade em ambas as mãos, contra o mundo exterior, oscilações no sentido do movimento, tremores hipertônicos, irregulares, depressão psicogena, ansiedade básica, etc.

**CASO 29** — Mantém-se em atitude imóvel, olhando fixamente o examinador. No dia da entrevista apresenta ainda alguns sinais de intoxicação alcoólica. Fisionomia algo embrutecida, facies congesto, atitude imóvel, pensativo. Mantém o senso das conveniências sociais.

Atenção, orientação e memória, conservadas.

Não apuramos a existência de distúrbios senso-perceptivos nem da esfera do julgamento. Únicamente, ao ser internado, percebia, na cabeça, muitos ruídos (alucinações indiferenciadas), que surgiram principalmente à noite, quando não conseguia conciliar o sono. Apresentava-se sob a forma de um «ronco» que o acompanhava mesmo quando saía para ir à casa de amigos. Além disso apresentou nos últimos tempos, insônia rebelde, chegando a passar noites em claro. Sentia também intenso mau humor e alimentava sentimentos de revolta, demonstrando êste estado afetivo através de gestos e atitudes repentinos, chegando a quebrar objetos em casa e no trabalho. Apesar desses transtornos do humor, sempre foi carinhoso e dedicado ao lar e aos filhos, por quem nutre grande afeto. Por vezes, quando mais desanimado e deprimido (principalmente em vista das dificuldades materiais da vida), chegava a pensar em auto-eliminar-se. Entretanto, nunca chegou a realizar nenhuma tentativa nesse sentido.

Pragmatismo comprometido.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade**(10-8-63)— **Raven:** Pontos 17, percentil 5, plano V = Deficiente. **Rorschach:** O material é de péssima qualidade. Apresenta-se, em todo o protocolo, a «cruz do teste», parecendo tratar-se de um quadro epileptóide com deficiência mental. **P. M. K.:** Os traçados são de má fatura oferecendo desvios graves e intenso tremor da intoxicação alcoólica.

**CASO 30** — Revela, desde logo, certo acanhamento e timidez. Demonstra também, através da atitude algo intranquã e preocupada, certa tensão emocional, que procura dissimular, movimentando-se nervosamente na cadeira ou ajeitando repetidamente as roupas. Mantém-se calado, olhando fixamente o chão, sem se dirigir espontaneamente ao examinador. Senso das conveniências sociais conservado.

Atenção, orientação e memória, conservadas.

Apresentou, um mês antes de sua internação nesta Clínica, vários distúrbios da esfera senso-perceptiva assim descritos pelo paciente: via fios de cabelo, saindo das calças, chegando a pegá-los com os dedos; esses fios quebravam-se em suas mãos. Por vezes, eles se enovelaram, formando verdadeiros novelos que o incomodavam. Quando esses fios se avolumavam mais, chegavam a impedir a locomoção do paciente, pois prendiam-lhe os passos. Algumas vezes, impressionado com esses distúrbios psico-sensoriais, chegou a acreditar que os pêlos de suas pernas é que estavam crescendo. Nessas ocasiões, ficava extremamente nervoso e preocupado em procurar um local mais claro para tirar as dúvidas sobre os fios no seu corpo. Além disso, foi vítima de idéias delirantes de ciúmes.

**Súmula dos resultados dos testes de personalidade (10-8-63)** — **Raven:** Pontos 18, percentil 10 (—), plano IV (—) = Inferior ao termo médio. **Rorschach:** O material fornece evidência da síndrome orgânica (geral) com traços epileptiformes distintos. Observam-se insistentes reações paranóides, sinais de perda do material humano, estados depressivos freqüentes, escassez da afetividade, defeito da memória e numerosos problemas da personalidade. **P. M. K.:** Os traçados são maus, apresentando um quadro orgânico em evidência. Os tremores são de duas qualidades: um, referente à intoxicação; outro, irregular, de repentinas oscilações, hipertônicos. Nota-se grande excitação básica, agressividade contra o mundo exterior na dependência de maior excitação para a periculosidade.

\*

## COMENTARIOS

A aplicação da psilocibina em alcoólatras crônicos, desintoxicados, determina o aparecimento de uma complexa série de fenômenos neurovegetativos, neurológicos e psíquicos que se imbricam, exacerbando-se ou exaurindo-se, alternando-se ou não, numa constante modificação pluridimensional que ocasiona consideráveis dificuldades para melhor compreensão da maneira pela qual se processa a experiência psilocibínica. Tendo em vista a complexidade dos fenômenos e visando ao seu melhor entendimento, procedemos a uma classificação, de todos os sinais e sintomas que, embora um tanto artificial, preenche, a nosso ver plenamente, a finalidade didática; assim é que alinhamos os fenômenos observados em dois síndromes: somático e psíquico. Devemos ressaltar que os referidos distúrbios quer do soma, quer da psique, embora não surgindo todos eles em um mesmo caso, permitiram, entretanto, a realização de dois grupos gerais que passamos a expor:

### A — Síndrome Somático:

Inicialmente devemos precisar que empregamos neste trabalho o vocábulo «somático» em um sentido clínico, bastante amplo, contrariamente àquele farmacológico, bem mais restrito.

O síndrome somático é de instalação rápida. Cerca de 3 a 5 minutos após a administração da droga por via intramuscular, ocorrem os primeiros sintomas, alguns deles transitórios, repetitivos ou não, enquanto outros permanecem estáveis, por tempo mais prolongado, chegando em algumas ocasiões a intensificar-se. Os fenômenos subjetivos e objetivos encontrados em maior freqüência, instalaram-se até 30 minutos após a aplicação do farmaco; daí por diante o aparecimento de novos distúrbios vai decrescendo para praticamente não mais se registrarem, depois de 90 minutos de início da prova, salvo raras exceções, tais como a cefaléia e a sonolência. O síndrome permanece em sua maior

riqueza ou esplendor por cerca de duas horas, tendendo daí por diante a empobrecer-se vindo a se dissipar quando decorrido de 4 a 5 horas. Todavia, após este período, podem ainda os pacientes apresentar raros fenômenos, tais como certo grau de irritabilidade, vaga sensação de mal-estar e cefaléia, sintomas estes que não devem ser considerados como pertinentes ao síndrome, mas como resíduos da experiência farmacológica. Estes achados estão em concordância com os obtidos por Böszörményi (17), quando aponta os sintomas iniciais surgindo aos 3-5 minutos após a administração da droga, oscilando até a altura dos 50 minutos e desaparecendo depois de decorridas duas horas.

O tempo de latência para a instalação dos primeiros fenômenos não parece estar em relação com a dose total empregada, mas sim na dependência da via de administração utilizada, como muito bem demonstra Isbell (58) em sua monografia. Revela-nos este autor que o eclodir dos sintomas é sempre tardio (10-15 minutos) quando se utiliza a via oral; este mesmo ponto-de-vista é defendido por Böszörményi (17) e Delay (31).

A apresentação dos fenômenos somáticos, de acordo com a cronologia do seu aparecimento, pode ser bem verificada no quadro n. 4 em que observamos iniciar-se o síndrome, praticamente, pela sensação de tontura, sintomas este que foi o mais freqüente em nosso material; sucedem-se imediatamente os distúrbios digestivos (cólicas ou náuseas) e os fenômenos cenestésicos, quando estes estão presentes. A seguir, a esses fenômenos surgidos na altura dos 5 minutos, registra-se o aparecimento gradativo da dilatação pupilar que vai ganhando expressão com o decorrer do tempo. Surge depois a congestão da face e mãos, fenômeno, ainda que transitório e pouco freqüente, de grande importância na caracterização somática do síndrome, como bem assinalam Delay e cols. (31). Nessa altura podem ser observadas modificações da tensão arterial, quase sempre no sentido da elevação, bem como as primeiras queixas de sonolência. Decorridos 15 a 20 minutos começam a se registrar em grande freqüência, as queixas de perturbação visual, geralmente descritas como sensação de «embaçamento» ou «visão em nevoeiro». Simultaneamente, verifica-se o aparecimento de alguns distúrbios neurológicos

(alterações dos reflexos e perturbações do equilíbrio), acompanhados às vezes de certa sudorese. Por volta dos 30-40 minutos, o síndrome apresenta-se em sua maior plenitude, com a presença ainda de pilo-ereção, sonolência, sensação de fraqueza e alterações de temperatura, mais comumente no sentido da hipertemia. Após 90 minutos, praticamente não mais ocorrem novos fenômenos, exclusão feita da cefaléia e sonolência. Daí por diante, os fenômenos se mantêm de forma intermitente, mais ou menos evidentes, para, a seguir, dissiparem-se gradativamente e desaparecem em sua quase totalidade ao atingir o síndrome aproximadamente 4-5 horas de duração. Salientamos, todavia, que, decorrido esse tempo, as modificações de pressão arterial e temperatura, por vezes, ainda não se normalizaram.

Passaremos em revista, de maneira mais pormenorizada, alguns dos fenômenos observados:

#### Sonolência:

Quinze pacientes a relataram, por vezes no início do síndrome para, numa fase mais tardia, tornarem a referir-la, com mais ênfase e acompanhada de bocejos. Observamos que, embora referida como muito intensa, nenhum paciente, entretanto, procurou acomodar-se para adormecer.

É difícil explicar a sonolência nos casos em que ela surge precocemente e de maneira isolada. Contudo, quando de seu reaparecimento em pleno decurso do síndrome, associada a outros fenômenos, tais como a hipertermia, astenia, mal-estar geral, e alterações neurológicas, não podemos deixar de atribuí-la a fatores dependentes de um quadro geral de ordem tóxica em evolução. Verificamos assim, no quadro n. 3, que alguns de nossos casos a apresentaram juntamente com os fenômenos de astenia, hipertermia, alteração dos reflexos e tontura.

#### Congestão da face e das mãos:

O rubor da face e das mãos foi observado em 11 pacientes; trata-se de uma vasodilatação periférica e localizada, que surgiu mais freqüentemente no rosto. É um fenômeno precoce e fugaz ao qual Nieto (79) e Böszörményi (17) atribuem fundamental importância na caracterização do síndrome; juntamente

com a bradicardia e a hipertensão (Böszörményi), a congestão da face e mãos serviria para distinguir a experiência psilocibínica da mescalínica e da do LSD-25.

#### Tontura:

Foi o fenômeno mais precoce e freqüente de nosso material, tendo surgido em 29 dos 30 casos pesquisados. Os pacientes traduziram suas queixas através de expressões pitorescas comuns aos estados de embriaguez, tais como: «já subiu», «estou de fogo» e outras.

Sua fisiopatologia é bastante discutível e discutida, como aliás ocorre freqüentemente, quando este sintoma aparece nos diferentes síndromes clínicos. Não pode ser explicada por uma perturbação da consciência da mesma natureza dos comiciais, uma vez que o estudo dos potenciais bioelétricos cerebrais não põe em evidência a presença de anormalidades. As pesquisas eletrencefalográficas por nós realizadas evidenciaram apenas a substituição progressiva dos ritmos de repouso por uma atividade rápida (beta), que comumente acompanha os estados de atenção, tensão emocional ou excitação. Fato idêntico foi observado por Aurelio Cerletti (23) e Bradey e cols. (19) em seus trabalhos em animais, nos quais o traçado bioelétrico revelou a presença de ritmos rápidos de baixa amplitude. Por outro lado, não se poderia responsabilizar como fator etiológico o vascular periférico, a despeito de alterações tensionais estarem presentes no decurso do síndrome, uma vez que essas modificações surgem mais tardiamente, por volta dos 15 a 30 minutos, enquanto a tontura aparece nos 5 minutos iniciais da experiência.

Como se vê, o fenômeno em si é de difícil explicação fisiopatológica, parecendo-nos não depender exclusivamente de um único e determinado fator, mas sim, de uma série muito complexa e intrincada de fatos desencadeados pela administração da substância; parece-nos ser a resultante de uma reação global do organismo à penetração desse agente farmacológico (estranho) no meio interno. Fala a favor desta interpretação ou hipótese o grande número de fenômenos que ocorrem simultaneamente

com o seu aparecimento, fenômenos esses, na sua maioria, na dependência do controle autônomo do sistema nervoso central.

#### Midríase:

Foi encontrada em 25 casos, o que representa 83% do nosso material. Surge de preferência aos 5-10 minutos após a aplicação da droga, sendo, portanto, um fenômeno precoce; vai-se ampliando para, por volta dos 30-40 minutos, se encontrar com o seu maior diâmetro. Concomitantemente com a sua instalação, referem os pacientes várias queixas de perturbações visuais. Inicialmente e com mais freqüência, uma dificuldade em distinguir precisamente os contornos dos objetos, para, ao depois, serem caracterizadas como uma sensação de embaçamento, de névoa diante dos olhos, ou de que uma cerração ou nevoeiro se interpõe entre o globo ocular e os objetos. Este fenômeno foi referido em 18 dos nossos casos. Em nossas pesquisas pudemos verificar que o aumento do diâmetro pupilar se faz de maneira lenta, e chega a atingir 8 mm, permanecendo praticamente inalterado por cerca de duas horas, após as quais tende a voltar às suas dimensões primitivas. Na altura dos 30 minutos, pôde-se observar o aparecimento de nistágmo de tipo pendular que perdurou até os 60 minutos de experiência; eram movimentos nistagniformes, delicados e de pequena amplitude. O teste de Ishihara (pesquisa de perturbação na avaliação das cores) não revelou elementos dignos de interesse. A soma de todos estes fatores, revelados por exames rotineiros ou especializados, embora não permita determinar a origem central ou periférica da dilatação pupilar, explicaria perfeitamente a sintomatologia referida pelos pacientes. É curioso assinalar que estes distúrbios somáticos permitem, em função da personalidade do paciente, a partir de sua manifestação, a produção de certos distúrbios psicossensoriais, os quais seriam estimulados, por assim dizer, por esse substrato somático. Assim é que, para alguns deles, o nevoeiro os envolvia e não apenas se interpunha entre os olhos e os objetos, enquanto para outros, além de os envolver, parecia «representar» um certo perigo à sua segurança.

A midríase é interpretada como decorrente da ação simpaticomimética desenvolvida pela droga e, para alguns autores (Nieto (79), Delay (31), Cerletti (23)), um dos fenômenos

mais constantes do síndrome psicobíbico. Devemos salientar que, nos 5 casos nos quais não foi observada, também não conseguimos surpreender o fenômeno oposto da miose, como relatam Nieto e Delay, em seu material.

#### Pressão e Pulso arterial:

O estudo das modificações de tensão arterial e do pulso tem dado margem a grande controvérsia entre os autores. Em sua totalidade, concordam eles em que a psilocibina determine o aparecimento de «variações», mas divergem ao apontar o tipo das modificações apresentadas. Para Delay e cols. a pressão arterial apresentou modificações, respectivamente em 60 e 90% dos dois grupos em que se divide o seu material (normais e doentes mentais); estas alterações se fizeram no sentido de uma hipotensão em, respectivamente, 43% e 48% do material, enquanto a hipertensão foi encontrada em 13% e 24% dos casos. A droga teria então, para esses autores, uma capacidade predominantemente hipotensora, hipotensão esta que se faria acompanhar de uma lentidão de pulso. Nieto (79) concorda com os achados de Delay (31), assinalando que a tensão arterial cai discretamente, e esta queda é acompanhada pela diminuição da frequência dos batimentos cardíacos. Isbell (58) discorda frontalmente destes resultados e revela que em seus pacientes, a pressão se mostrou elevada e o pulso acelerado. Böszörményi não somente encontrou hipertensão arterial e bradicardia, como qualificou estes achados de fundamentais para, juntamente com o rubor de que já nos ocupamos, distinguir o síndrome psicobíbico do apresentado pela mecalina e o LSD. Para Hofmann (53) a psilocibina determinaria uma hipertensão discreta.

No plano experimental, em anima villi, os autores se defrontam também com divergências. Assim é que Aurelio Cerletti (23), trabalhando com espécies diferentes de animais, encontrou resultados antagônicos. Em seus experimentos os cães apresentaram uma queda moderada, mas prolongada, da tensão arterial, acompanhada de uma aceleração cardíaca, enquanto os gatos reagiram à psilocibina com uma elevação tensional nítida, de breve duração e acompanhada de bradicardia relativa. O aumento da pressão arterial nos gatos se deveria a uma vasoconstrição de

origem central, uma vez que seria atenuada nos animais espinais.

Analisando criticamente os trabalhos supramencionados, vislumbramos a possibilidade de uma explicação para a disparidade dos resultados obtidos: a técnica de obtenção das medidas tensionais e de velocidade cardíaca. Os autores não nos informam nem fazem menção ao número de aferições procedidas, bem como ao momento em que as referidas medidas se efetuarão

Tendo em vista as opiniões contraditórias dos diversos autores, procuramos cercar-nos de uma série de cuidados na obtenção e avaliação dos resultados. Assim, procedemos à leitura e controle da pressão antes da realização da prova, cada 5 minutos no primeiro quarto de hora, cada 15 minutos durante a realização da experiência e de 30 em 30 minutos até 10 horas após o início da mesma; idênticos cuidados foram observados durante a administração de placebos, com o intuito de se aferirem as oscilações ditas fisiológicas do caso. De igual maneira, observamos aqueles fatores outros, tais como a temperatura e frequência respiratória, cujas variações pudessem influir nas modificações cardio vasculares. Assim procedendo, pudemos encontrar, em 27 de nossos pacientes, oscilações significativas da pressão arterial, alterações estas que podem ser distinguidas de acordo com os seguintes gráficos (Quadro n. 5):

1-5 casos apresentaram uma hipotensão arterial inicial de valores de 20 a 30 mm/Hg) que se instalou a partir do 5º minuto de aplicação da droga, assim permaneceu até o 30º minuto e que, a partir deste instante, evidenciou nítida elevação (30 a 60 mm/Hg) que perdurou até 5 horas após o término da prova, em 3 pacientes (esquema IIa), e que voltou aos limites iniciais com o encerramento do síndrome nos dois restantes (esquema IIb).

2-4 pacientes apresentaram uma queda de pressão que se instalou na altura dos 15 minutos, permanecendo em níveis inferiores aos iniciais durante todo o transcorrer do síndrome, e que, ao seu término, voltou ao nível primitivo. Esta

queda tensional foi da ordem de 20 a 40 mm/Hg (esquema IV).

3-18 casos apresentaram uma elevação da tensão arterial da ordem de 30 a 80 mm/Hg que principiou na altura dos 15 minutos, aproximadamente, atingiu o seu grau máximo ao redor de 40-50 minutos e que a seguir foi voltando aos níveis iniciais para atingí-los em 12 casos (esquema III b) e perdurando ainda elevada depois de 5 horas após o término da experiência, em 6 casos (esquema IIIa).

4-3 pacientes não sofreram, em todo o transcurso da prova, oscilações significativas de níveis tensionais (esquema I).

Procurou-se em vão correlacionar as mencionadas alterações de pressão com a presença de outros fatores que pudessem explicar as diferentes curvas tensionais, tais como a dosagem empregada, variações de temperatura e outras.

O registro da frequência cardíaca revelou que os níveis de variação, com raras exceções, não apresentaram características de mutabilidade que pudessem ser consideradas como significativas. Além do mais, a presença de uma série de fatores coadjuvantes capazes de alterar, a cada instante, os resultados (oscilações de temperatura, modificações da frequência respiratória, níveis de tensão arterial, alterações emocionais) fizeram com que os resultados referidos não fôssem por nós considerados como merecedores de crédito.

Finalizando, podemos dizer que a psilocibina aplicada por via parenteral, em alcoólatras crônicos, desintoxicados, portou-se preferentemente como droga hipertensora.

Temperatura:

Pesquisando em «anima nobili» e «anima villi», Isbell (58) e A. Cerletti (23), respectivamente, encontraram uma elevação da curva térmica durante a ação da psilocibina, elevação que guardaria, até certo ponto, uma relação direta com a dose empregada.

Procedendo a tomadas de temperatura cada 15 minutos durante a realização da prova e a cada 30 minutos após decorri-

das 6 horas de desenvolvimento da mesma, pudemos verificar, em nosso material, 16 casos com registro de significativo aumento de temperatura que, em 12 indivíduos, sobrepujou- os níveis de 37,2 (em uma alcançou 37,9), não excedendo, porém, a 38°C, e que, nos 4 casos restantes, oscilou até um grau, mas sem atingir a casa dos 37°C. Nos 14 casos restantes, a temperatura apresentou pequenas oscilações, nunca maiores de 0,6°C e que, podendo ser encaradas como fisiológicas, determinaram o enquadramento destes pacientes como não tendo apresentado modificações térmicas.

A elevação da temperatura, nos 16 casos em que foi observada, principiou a se fazer sentir uma hora após o início da prova, atingiu os níveis máximos ao redor de 2-3 horas de evolução do síndrome para, a seguir, ir declinando progressivamente sem, entretanto, chegar a alcançar os níveis iniciais, senão algumas horas após a extinção do síndrome psilocibínico. A temperatura aferida foi a axilar. Queremos salientar que esta técnica de tomada, se bem que mais sujeita a erros, foi a escolhida tendo em vista as dificuldades técnicas e o tipo de paciente utilizado (doentes mentais). Estes fatos nos compeliram a abandonar os registros esofágicos e retal.

Distúrbios Neurológicos:

A aplicação da psilocibina determinou, em 24 de nossos pacientes o aparecimento de alterações neurológicas mais ou menos intensas, mas sempre, de caráter benigno e transitório. Em nenhum, foi registrado o aparecimento de sinais piramidais. Em 19, os reflexos profundos, notadamente o patelar e o aquiliano, apresentaram-se alterados, hiperreflexia, sendo que, nos 11 restantes, a pesquisa ficou prejudicada, em função até certo ponto, da possível lesão do neurônio motor periférico (sequela de polinevrite alcoólica). Delay e cols., em seu material, encontraram hiperreflexia em 73%, no grupo de normais, e em 59%, no grupo de doentes mentais, enquanto a hiporreflexia foi apurada por aqueles autores em 7% e 15% dos casos, respectivamente. Salientamos que em nosso material, devido às peculiaridades já assinaladas, não obtivemos hiporreflexia. Cerletti (23), trabalhando com animais (gato e cão), concluiu que a exaltação dos reflexos

se deveria à ação da droga sobre a medula espinhal. Os demais autores consultados também mencionam a hiperreflexia, bem como fazem menção a outros distúrbios neurológicos que também obtivemos em nosso material: tremores (12 casos); distúrbios da marcha (6 casos); abalos musculares (3 casos): Böszörményi (17) afirma que estes distúrbios neurológicos são uma constante no quadro, sempre que se administram doses superiores a 8 mg.

Pelo exposto, verificamos que a aplicação da psilocibina por via intramuscular, em etilistas crônicos, desintoxicados, determinou o aparecimento de um conjunto de distúrbios vegetativos e da vida de relação, que obedeceu, até certo ponto, a uma ordem cronológica em sua instalação e duração e cujas diferenças entre si (conjunto de fenômenos somáticos) disseram respeito a u'a maior ou menor intensidade.

Confrontando e analisando, separadamente ou em conjunto, nossa casuística e a dos demais autores, ocorrem-nos algumas ponderações:

a) Pesquisas realizadas e m«anima villi» por A. Cerletti (23), Horita (56) e Brodey e cols. (19) mostraram que a droga determina o aparecimento de uma série de sinais superponíveis àqueles encontrados em «anima nobili»;

b) Heim (47), Hofmann (53), Brack (18), Callieux (21), Delay (31), Nieto (79), Fortes (40) e outros demonstraram o aparecimento em indivíduos normais de um quadro vegetativo e da vida de relação muito rico, após a administração da psilocibina por via oral ou muscular, e que, nestes indivíduos (normais), havia uma série de pequenas diferenças na riqueza maior ou menor do quadro, em função da via de administração, da dose empregada e da maior ou menor resistência individual. Nieto (79) mostrou ainda que a sensibilidade dos indivíduos à droga sofreria grande influência de fatores vitamínicos e hepatoprotetores;

c) Delay (31), Böszörményi (17), Isbell (58), Rinkel (90) e outros demonstraram que os distúrbios vegetativos e da vida de relação determinados pela aplicação da psilocibina em doentes

mentais, em tudo se superpõem àqueles encontrados em indivíduos normais; as pequenas diferenças existentes entre ambos (normais e doentes mentais) são de ordem quantitativa e não qualitativa. Embora empregada em agrupamentos psiquiátricos não uniformes, em dosagens diversas, os resultados podem ser considerados idênticos.

Todos estes elementos demonstram, de maneira inequívoca, que os distúrbios neurovegetativos e da vida de relação existem em função do mecanismo geral de ação das drogas (farmacológico), independentemente da espécie animal considerada e do grau de hididês do sistema nervoso do animal em experiência; que o quadro, em suas características gerais fundamentais (hipertermia, hipertensão, midríase, sonolência, alterações dos reflexos, tontura, perturbações visuais, digestivas e outras) e por algumas das formas pelas quais pode ser combatido ou evitado, enquadra-se perfeitamente nos síndromes exotóxicos e que alguns desses fenômenos observados podem ser explicados pela ação simpaticomimética que a droga exerce.

Em conclusão, a psilocibina, do ponto-de-vista somático, determina nos diferentes indivíduos, independentemente, e, mesmo na ausência de sintomas psíquicos, um quadro tóxico de origem predominantemente simpaticomimética.

#### B — Síndrome Psíquico

Salientamos, no início destes comentários, que a droga, alguns minutos após a sua aplicação, determina o aparecimento de uma complexa rede de fenômenos de natureza neurovegetativa, neurológica e psíquica, que, em seu conjunto, constitui o SÍNDROME PSILOCIBÍNICO. Vimos também, que, com finalidade didática, o psicoma psilocibínico foi dividido em duas partes distintas: o somático e o psíquico. Passamos a analisar o síndrome psíquico.

Contrariamente ao que ocorreu com os fenômenos somáticos nos quais **todos** os casos apresentaram pelo menos alguns distúrbios, na esfera psíquica, em 4 pacientes (3, 5, 28 e 29) as perturbações surgidas foram tão pouco significativas e numerosas, que pudemos considerá-las desprezíveis. Assim, observamos

no quadro n. 3 que o caso 5 apresentou unicamente risos, o 3, disforia e fenômenos fugazes envolvendo modificações nas dimensões dos objetos; no 28, transitórias alterações nas dimensões dos objetos; no 29 registrou-se discreta alucinação visual e visão de movimento de objetos. Estes quatro pacientes foram considerados como resistentes à droga; esse fenômeno de resistência será posteriormente comentado.

Tratando dos distúrbios somáticos, pudemos até certo ponto estabelecer determinada cronologia na ordem do seu aparecimento. Contudo, no que concerne aos fenômenos psíquicos propriamente ditos, tal não foi possível, exceção feita unicamente aos distúrbios do humor, que, como veremos, predominaram nitidamente no início e na fase final.

Considerando a complexidade dos fenômenos encontrados e visando a certa clareza expositiva, dividimos nossos comentários relativos ao síndrome psíquico em: desordens afetivas, perceptivas, do julgamento, da memória, e fenômenos despersonalizantes.

a) **Desordens afetivas:** Em 25 casos, de certa maneira, a afetividade mostrou-se alterada.

Tal como assinalaram Delay e cols. (31), Gregoretti e Sinisi (45), Isbell (58), Nieto (79) e outros, os distúrbios afetivos se revelaram muito freqüentes em nosso material. Delay e cols. (31), obtiveram, respectivamente, 81% e 33% para o grupo de normais e de doentes mentais, no que concerne à euforia, e 69% e 36%, no que respeita à disforia. Os autores citados são concordes em salientar o necessário cuidado e prudência na avaliação correta desses fenômenos, tendo em vista principalmente a influência que pode ter, na sua exteriorização, o estado prévio de humor de quem se submete à experiência.

De um modo geral, no síndrome as manifestações disfóricas, com um estado mórbido de mal-estar, depressão e angústia, surgiram mais freqüentemente na fase inicial. Em alguns casos, logo nos primeiros minutos, associadas com múltiplas queixas somáticas e, em outros, 15 e 30 minutos depois de iniciada a prova. Esse comportamento das alterações afetivas, com disforia

predominando na fase inicial do síndrome e euforia caracterizando o síndrome plenamente instalado, pode ser bem evidenciado, principalmente naqueles que se apresentaram à experiência, com naturalidade, sem nenhuma predominância no estado prévio de humor, seja no sentido da excitação e euforia, seja no sentido da depressão e angústia.

A leitura do quadro n° 3 revela que 21 pacientes apresentaram alterações do humor (70% do nosso material). Essas alterações foram do tipo eufórico e disfórico, respectivamente, 16 e 13 vezes; observamos que a euforia surgiu isoladamente em 8 casos, a disforia em 5 e, nos 8 restantes, verificou-se a alternância de ambas em um mesmo paciente. Podemos, portanto, dizer que, em nosso material, registraram-se modificações no estado de humor de um paciente para outro e que, em um mesmo caso, o humor oscilou entre polos opostos, no decurso do síndrome. Analisemos separadamente os 3 grupos acima referidos:

a) Pacientes com alterações eufórico-disfóricas (4, 10, 14, 16, 18, 19, 27, 30). Nestes oito casos, o polo afetivo deslocou-se da euforia para a depressão várias vezes, no curso da experiência. Em sete deles, foi possível através da anamnese, do exame psíquico e dos elementos revelados pela bateria de testes, encontrar indícios que permitiram explicar essas manifestações eufórico-disfóricas, surgidas no decorrer do síndrome, como uma acentuação de traços de personalidade previamente existentes; no restante (n° 18), não se pôde evidenciar elementos que explicassem as alterações de humor desencadeadas pela droga.

O psicodiagnóstico revelou nos casos 19 e 30, a presença de traços depressivos e no 27 a de elementos constitucionais ciclóides. Nos quatro restantes (casos 4, 10, 14 e 16), os testes de personalidade nada referiram em relação a elementos depressivos ou ciclóides.

As respectivas anamneses, todavia, permitiram extrair os dados de que necessitamos:

**Caso 4:** trata-se de indivíduo de constituição pícnica, extrovertido, um tanto excitado e sujeito a oscilações de humor, que, «do ponto-de-vista afetivo, revelou humor predominantemente

alegre...»; «todavia, em demonstração de grande labilidade emocional, quando interrogado a respeito dos familiares, pôs-se a chorar»; «Teria se caracterizado na infância e na mocidade, como pessoa alegre, extrovertida, sintônica, adaptada no lar e no trabalho».

**Caso 10:** o exame psíquico revela a presença de oscilações de humor, com choro fácil, quando inquirido a respeito de seus familiares.

**Caso 14:** trata-se de um paciente que se apresentou à realização do *síndrome* intensamente angustiado. Em seu exame psíquico vemos referências à repentinas oscilações de humor: «em grande ansiedade, trêmulo, inquieto...»; «afrito, queixava-se de falta de ar, de intensa opressão precordial, anorexia, insônia e grande mal-estar».

**Caso 16:** encontramos em sua observação clínica: «na adolescência, juntamente com essas preocupações apresentou grandes oscilações de humor; de arredio, triste para a alegria e a extroversão».

Vemos, portanto, que, em sete destes pacientes, foi possível demonstrar a existência de traços preexistentes de personalidade que vieram explicar a variada configuração das alterações afetivas (alternância euforia-disforia) no decurso do *síndrome* psilocibínico.

b) Pacientes com alterações eufóricas (1, 8, 9, 11, 12, 13, 17, 22):

Os autores, dentre eles Delay e cols. (31) e Nieto (79), insistem nas propriedades euforizantes da droga. Nieto afirma mesmo que a psilocibina produz estados eufóricos mais frequentes e marcantes que o LSD-25, isto, a seu ver, contribuiria até para distingui-las.

Em nosso material a euforia surgiu em 16 casos, sendo em 8, isoladamente, e nos 8 restantes, associada com a disforia. Por vezes se apresentou em pacientes anteriormente introvertidos e retraídos, como nos casos 1 e 17, em que, como se lê no exame psíquico de ambos, a introversão, o retraimento e a timidez ca-

racterizam estes pacientes. Outras vezes, a euforia se apresentou em indivíduos instáveis, sujeitos a variações repentinas de humor, como foi possível apurar na anamnese, constatar no exame psíquico e, em alguns, obter reafirmação nos testes de personalidade, como nos casos 8 e 22. Neste último, o psicodiagnóstico informa sobre a existência de importantes valores ciclotímicos constitucionais. A frequência com que a euforia se apresentou em nosso material (16 vezes), associada ou não, em pacientes com personalidades tão distintas (como se pode observar pela leitura dos exames psíquicos e dos testes de personalidade dos casos em que surgiu), leva-nos a admitir a euforia como um dos sintomas mais característicos, produzidos pela psilocibina, de acordo com Nieto (79), Delay e cols. (31), Rinkel (90) e outros. No que respeita à atuação dessa droga no plano da afetividade, Rinkel e cols. (90), trabalhando com normais, utilizando a psilocibina, a mescalina, e o LSD-25, administrados a dois tipos constitucionais (normais) A e B, predominantemente atlético e predominantemente astênico, demonstraram que, no referente às alterações de humor, particularmente à euforia e à ansiedade, os dois tipos se comportaram de forma semelhante. Este fenômeno, a euforia, permite, quando surge, maior estreitamento das relações médico-paciente e, como corolário, melhor oportunidade para se completar o exame. No caso 12, paciente habitualmente calado e esquivo, no qual o psicodiagnóstico menciona a existência de sintomas esquizomorfos acentuados, ocorreu precisamente isso: ao surgir o estado de euforia, pôs-se a falar mais à vontade, alegremente, dirigindo-se espontaneamente ao médico, em conversação cordial e franca.

Dentre as modificações do estado de humor, assumiu aspecto muito particular, o aparecimento de crise de riso, 11 vezes, sob a forma, algumas vezes, de um simples sorriso e em outras de gargalhadas expansivas e incontroláveis. Em 2 casos (6, 21), os risos surgiram de forma artificial, sem correspondência com um estado eufórico, de tal forma que, tão logo cessavam as gargalhadas incoercíveis, o paciente, voltava a mostrar-se com a fisionomia séria, inalterada e imperturbável. Fato idêntico foi igualmente salientado por um de nós (40), em auto-experiência

cô ma droga. Em 8 casos, em que os risos surgiram sôbre um estado de euforia subjacente, essa manifestação passou a ser alimentada por quaisquer eventos circunstanciais, mesmo desprovidos completamente de sabor humorístico.

De um modo geral, o estado de euforia, surgiu em pleno decurso do síndrome psilocibínico, quando já decorria mais de uma hora. Entre uma e duas horas de duração do síndrome, é que foram observados mais freqüentemente a euforia e os risos aparentemente imotivados. Curioso, no que se refere à êste aspecto do síndrome, é o que poderíamos designar com o nome de paradoxo afetivo, em que o paciente, no curso da experiência, ao se referir a passagens tristes ou pejorativas de sua vida, o faz com a fisionomia alegre, sorridente. Isto pôde ser bem observado nos casos 4 e 10.

Em função dos distúrbios eufóricos, quatro pacientes, casos 1, 8, 14 e 16, que demonstraram euforia bem manifesta, apresentaram também, em consonância com êsse estado, um quadro de discreta excitação (subexcitação), que se traduziu em certa inquietação motora, com necessidade de realizar movimentos e de falar. Dirigindo-se espontâneamente ao examinador, um tanto irreverentes e jocosos, mostravam-se mordazes, irônicos e humoristas. Um deles, caso 1, caracterizou êsse estado de subexcitação, explicitamente assim: «penso mais depressa do que sou capaz de falar». Em significativo número de pacientes, 9 casos (1, 2, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 18), em decorrência das alterações afetivas, à custad os efeitos euforizantes da droga, foram observadas modificações no sentido da extroversão. Êsse estado, óbviamente, pôde ser melhor observado nos pacientes mais introvertidos, tais como os casos 1, 2, 9, 11. A extroversão foi observada sempre quando o síndrome estava plenamente instalado, em geral juntamente com a euforia, pois, unicamente em um caso, nº 2, a euforia não se acompanhou de extroversão.

Pará uma apreciação mais correta do papel euforizante da droga, devemos ter em vista que, transcorrida a primeira fase de atuação da mesma, quando vários fenômenos corporais, intensamente desagradáveis (analisados quando tratamos do síndrome somático), estão em fase de atenuação, é compreensível

que um estado de bem-estar corporal e emocional se apodere do paciente.

c) Pacientes com disforia (3, 23, 24, 25, 26):

Manifestações disfóricas registraram-se 13 vêzes em nosso material e assumiram mais freqüentemente, roupagens de intenso sofrimento angustioso, associadas a variadas queixas de mal-estar corporal, configurando mesmo, em algumas ocasiões, as características da ansiedade e mal-estar, comuns aos estados depressivos.

Vimos anteriormente que a disforia se apresentou associada à euforia em 8 casos. Nos cinco restantes (3, 23, 24, 25, 26), a disforia surgiu de maneira isolada e o psicodiagnóstico nos casos 3, 25 e 24 acusou sinais de depressão para os dois primeiros e traços ciclotímicos, para o terceiro.

Além dos fenômenos eufóricos e disfóricos e da alternância de ambos, verificamos, no síndrome psilocibínico, alguns aspectos particulares do ponto-de-vista afetivo.

Em número significativo de casos (8), a droga foi capaz de produzir nítida introversão, chegando mesmo em dois deles (17 e 18) a configurar um verdadeiro estado de autismo. Por não constituir sintoma habitual do síndrome (fenômeno relatado por Böszörményi (17), a sua análise mais pormenorizada parece-nos do maior interêsse. Nos casos 10, 15, 17, 18, 23, 25, 26 e 27 deter-nos-emos em confronto mais minuciosos entre a introversão fornecida pelo síndrome e outros elementos provenientes da observação clínica e testes psicológicos.

A súmula da observação do caso 10 mostra que o paciente em menino foi vítima de alucinações auditivas, sob a forma de vozes ameaçadoras. Posteriormente, iniciou-se no alcoolismo evidenciando desde logo grande sensibilidade à droga, tendo apresentado intensos distúrbios psíquicos quando alcoolizado. Em seu exame psíquico deixa transparecer sensíveis traços psicopáticos. A introversão acentuada, surgida durante o síndrome psilocibínico, viria corroborar os elementos esquizotímicos da personalidade preexistente.

O caso 15, da mesma forma que o anterior, pode ser caracterizado como de etilismo secundário, no qual o terreno psicopático prévio é amplamente demonstrado pela anamnese e salientado de maneira mais evidente através dos elementos esquizomorfos revelados no psicodiagnóstico. A nosso ver, também neste paciente, a introversão, no plano do autismo, seria interpretado da mesma forma anterior.

Para a compreensão da introversão dos casos 17 e 18, encontramos igual apoio nas fontes acima referidas. Até certo ponto, a observação do caso 17 nos fornece elementos que permitem supor a existência de uma forma oligossintomática de esquizofrenia (simples); no 18, o psicodiagnóstico mostra-nos, de forma enfática: «sintomas predominantemente esquizofrênicos».

Nos casos 23 e 26, da mesma forma são revelados sintomas da linhagem esquizofrênica nos testes psicológicos.

Nos restantes, 25 e 27, nada, entretanto, se conseguiu positivar no sentido de compreender a interiorização ou autismo através de disposições psicopáticas endógenas, preexistentes. Como temos visto, vários autores, Delay e cols. (31), Gregoretti e Sinisi (45), Nieto (79), Rinkel (90), Malitz (74), Van der Horst (103), ao tratarem da variabilidade do síndrome psíquico e dos fatores capazes de influenciá-lo, salientam a necessidade de se atribuírem algumas de suas peculiaridades não exclusivamente à ação da droga, mas também a elementos característicos preexistentes. A introversão surgida em nossos oito casos, com a possível redução em 6 a disposições endógenas já entrevistas e apontadas por outros recursos semiológicos, nos parece bem um exemplo disso.

Em 4 pacientes, as intensas modificações afetivas, culminaram em manifesta atitude oposicionista em relação ao examinador. Em um, n° 16, essa atitude oposicionista, que chegou a se exteriorizar em palavras grosseiras dirigidas ao médico, «ignorantes, incapazes», foram posteriormente mais bem compreendidas à luz do que com ele ocorrera na Fôrça Pública do Estado de onde fôra expulso pelo serviço médico, por motivos de em-

briaguez habitual (fatos colhidos à custa de indícios fornecidos pelo síndrome).

Digno de menção, no que concerne à experiência, particularmente com relação aos fenômenos que interessam à esfera instinto-afetiva, se relaciona à pobreza verificada em nosso material de manifestações envolvendo a esfera erótico-sexual. Únicamente dois pacientes deixaram entrever preocupações nesse sentido, através de fantasias e associações surgidas durante o estado oníróide. Poder-se-ia argumentar contrariamente à validade dessas observações com a atmosfera em que se realiza o síndrome, frequentemente com a presença de mais de um médico-assistente e enfermeiras. Entretanto, os protocolos (relatos pessoais) individuais, realizados em caráter confidencial e do conhecimento só do médico, também confirmaram a pobreza desses temas no síndrome.

Somente em dois casos de nosso material, observamos o que Delay e cols. (31) mencionam com a denominação de sentimentos de satisfação estética. Corresponde a situação de admirar e ter satisfação com a visão de quadros, figuras, móveis ou objetos, que anteriormente à administração da droga não despertavam maior interesse. Tais sentimentos, a nosso ver, estão em função de alguns fenômenos perceptivos visuais, dos quais nos ocuparemos mais adiante, que concorrem para atribuir às cenas, figuras ou retratos, pessoas e objetos, característicos estéticos que não possuíam. Ainda é o caso 18 que nos permite exemplificar; o paciente achava a enfermeira mais bonita, «pois a via muito mais moça, vestida como uma princesa, com roupagens maravilhosas».

Em nenhum paciente, em função da subexcitação, da euforia ou dos distúrbios disfóricos, observou-se agressividade explícita, turbulência, ou perturbações mais graves da conduta.

Tendo em vista os fenômenos discutidos nestes comentários, devemos salientar os seguintes aspectos, que nos parecem os mais importantes:

- 1) A ação mais geral da droga foi no sentido euforizante (16 casos);

2) Em número significativo, 6 casos, a interiorização determinada pela droga veio marcar, com maior ênfase, traços de personalidade já entrevistados pela observação clínica ou pelos testes psicológicos;

3) Em 7 pacientes, as alternâncias de humor euforia-disforia, puderam também ser interpretadas em função da personalidade preexistentes.

b) **Desordens perceptivas:** Os fenômenos da esfera perceptiva são apontados por Rinkel e cols. (90), Isbell (58), Nieto (79), Delay e cols. (31), como os mais importantes do síndrome psíquico. Neste particular, porém, Gregoretti e Sinisi (45) e Delay e cols. (31), encarecem desde logo as dificuldades existentes para a exata avaliação dos fenômenos psico-sensoriais, quando se trabalha com doentes que apresentam distúrbios dessa natureza. O grupo de normais de que se utilizaram Delay e cols. (31), Nieto (79), Fortes (40) prestou-se adequadamente para verificações nesse sentido. Da mesma forma, nosso material, alcoólatras, desintoxicados, na ausência de distúrbios psico-sensoriais, serviu também para a perfeita caracterização dessas alterações.

Observamos no quadro nº 3, que as alterações perceptivas envolveram as esferas visual e auditiva.

Cumpra a nosso ver, desde logo, com relação aos fenômenos perceptivos visuais, distinguir aqueles dependentes da acomodação, daqueles outros, caracteristicamente alucinósicos.

Conforme vimos, considerados como fenômenos pertinentes à esfera somática, encontra-se registrado no quadro nº 3, 18 vezes, perturbações visuais, traduzida freqüentemente por «visão de nevoeiro». Nos comentários, procuramos relacionar essas alterações às modificações bem marcadas, sofridas pelo aparelho visual (midríase, alterações da tensão intraocular, modificações da curvatura do cristalino). Com base nestes distúrbios, de acordo com os traços predominantes de personalidade de cada um, puderam ou não os pacientes elaborar fenômenos alucinósicos visuais ou limitarem-se a uma descrição simplesmente de dificuldade de visão.

Incluída a psilocibina no grupo das drogas alucinógenas ou despersonalizantes, a caracterização de fenômenos propriamente alucinatórios no síndrome que êle determina, assume particular importância. No quadro nº 3, como se vê, não incluímos uma coluna para os fenômenos alucinatórios visuais, porque, nos nossos casos, não foram verificados êsses distúrbios, na acepção do termo, percepção sem objeto não criticada pelo paciente. Delay e cols. (31) no grupo de normais não torna explícita a percentagem de fenômenos alucinatórios visuais, referindo-se globalmente a 44% de alucinações e alucinoses visuais. No grupo de doentes mentais, os autores apresentaram 31% dos casos com fenômenos alucinatórios, alucinósicos, visuais, auditivos, olfativos ou cenestésicos, isolados ou combinados entre si, não fornecendo elementos, portanto, para se apreciar distintamente a participação de cada um deles no quadro sindrômico. Gregoretti e Sinisi (45) após assinalarem, como vimos, as dificuldades encontradas para correta avaliação desses fenômenos num grupo de doentes mentais (administraram a psilocibina a vinte pacientes do sexo feminino, com quadro psicótico agudo, indiscriminadamente, sem preocupação de estudar uma entidade nosográfica), referiram ter encontrado alucinações visuais em 6 casos, sendo que, em um deles, tais fenômenos reproduziram os existentes anteriormente no quadro mórbido.

Fenômenos alucinósicos visuais em nosso material surgiram em 14 casos, sob a forma de manchas coloridas, visão de objetos, pequenos animais e insetos pouco integrados, cambiantes, comparados por alguns com a visão em caleidoscópio; foram sempre criticados pelos pacientes, no momento mesmo em que eram referidos, admitidos como irrealis ou simplesmente como fenômenos produzidos pela injeção que tinham recebido. Êsses distúrbios, segundo alguns relatos, com os olhos fechados intensificavam-se.

É comum na anamnese dos etilistas, encontrar-se a presença de distúrbios psico-sensoriais. A aplicação de um psicodisléptico nestes pacientes, reveste-se de grande importância para o estudo da capacidade alucinógena dessas substâncias.

Como se vê nas observações dos casos 1, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 22, 24, 25, 28 e 30 (50% do nosso material) êsses distúrbios psico-sensoriais estiveram presentes em alguma fase de sua toxicomania. Contudo, os fenômenos alucinósicos visuais se apresentaram, durante a experiência psilocibínica, em somente 4 dêstes casos, ocorrendo entretanto, em mais dez outros, em cuja história progressiva nunca foram encontrados. Em relação às alucinações cujo aparecimento se poderia esperar, em função do tipo do material pesquisado, não foram evidenciadas em nenhum dos nossos pacientes, durante o síndrome.

Os diferentes autores que se interessaram pelo estudo das drogas alucinógenas chamam a atenção para o fato de as mesmas (mescalina, psilocibina, LSD-25 e outras) não determinarem êsses fenômenos ou o fazerem sempre com menor intensidade nos doentes mentais do que nos indivíduos normais. Êste fato deu margem à elaboração de uma das inúmeras teorias que procuram explicar o mecanismo fisiopatológico de ação das mesmas, admitindo, principalmente em relação ao LSD-25, como decorrente da droga encontrar-se envolvida no substrato bioquímico-metabólico da psicopatia em questão. Convém frisar a peculiaridade assaz conhecida do álcool etílico de determinar distúrbios senso-perceptivos visuais nos que se intoxicam cronicamente com êle. Em decorrência disso, era de esperar que o emprêgo de uma droga alucinógena pudesse vir determinar ou exacerbar a presença dêstes fenômenos, fato que, entretanto, não ocorreu.

Igualmente freqüentes foram outros fenômenos também referidos na esfera visual, tais como visão de movimento de objetos (11 vêzes), hiperestesia visual, visão mais nítida (1 vez), alteração na perspectiva e nas dimensões dos objetos (15 vêzes), mudança dos tons das côres, inclusive visão de manchas coloridas (15 vêzes). Todos êsses fenômenos relatados ao médico observador, pelo paciente, durante a realização do síndrome, ou descritos nos relatórios individuais, foram sempre considerados irreais ou dependentes do medicamento que haviam recebido.

Observação que comporta certo interêsse semiológico, como subsídio para permitir melhor distinção entre distúrbio alucina-

tório e alucinósico, foi a que realizamos com alguns dos nossos casos, notadamente n<sup>os</sup> 4, 7 e 14. Êstes pacientes apresentaram, durante a fase de desintoxicação, na enfermaria, intenso delírio alucinatório a potu-suspense, com alterações perceptivas preponderantemente visuais. Pudemos observar, com nitidez, as alterações emocionais que traduziam alegria, temor, admiração ou perplexidade denunciadas, com exuberância de detalhes, por modificações mímicas ou de postura. No síndrome psilocibínico, com os fenômenos alucinósicos visuais, não houve o concomitante emocional descrito. O aparecimento de euforia ou de crises de angústia durante o síndrome não guardou relação com a intensificação dos fenômenos alucinósicos. Em nenhum de nossos casos que apresentaram distúrbios alucinatórios visuais previamente na fase de delírio a potu-suspense, observou-se o que é referido por Gregoretti e Sinisi (45) em um caso em que são reproduzidos, durante o síndrome, fenômenos alucinatórios visuais idênticos aos existentes anteriormente.

No sentido de dar uma idéia mais viva dos múltiplos fenômenos perceptivos visuais que ocorreram no síndrome psilocibínico, vamos reproduzir alguns trechos dos protocolos. Assim, por exemplo, destacado do caso 27 (relato do médico observador): «diz que a visão está «atrapalhada», as coisas aumentam e diminuem, ficam desproporcionais, a luz fica mais intensa e mais fraca, a parede parece ir e vir»; outro, do caso 25, no relato do próprio paciente: «alguns minutos após tomar a injeção, sentí-me tonto e os objetos começaram a transformar-se. A cadeira, arquivo, balança, mesa e aparelho de pressão, ora ficavam grandes, logo a seguir, pequenos e distantes». No que se refere a côres, obtivemos do protocolo n<sup>o</sup> 23: «quando olho a enfermeira dá uma tonalidade violeta, muda para amarelo; o assoalho parece bem vermelho». Do protocolo n<sup>o</sup> 21: «quando fecho os olhos vejo tôdas as côres se movendo»; «vejo bolinhas de tôdas as côres: verde, azul, vermelho»; «a parede tem manchas escuras em xadrez».

Certos fenômenos alucinósicos visuais, caracterizaram-se por «visões» (sic) ou «representações» (sic) que tinham a ver, sob algum aspecto, com a vida afetiva do paciente. Assim é que

recolhemos em nossos protocolos dois exemplos: caso 7: «durante alguns instantes vi uma serraria que freqüentava no interior do Estado em grande atividade»; caso 10: «vi minha mãe lavando roupas em um tanque cercado de palmeiras, parecia o Rio Grande do Norte». Outro caso, nº 4, que alimentava graves ressentimentos com antigos sócios de uma empresa industrial, assim se refere aos fenômenos alucinósicos visuais, de acordo com suas próprias expressões: «no período de inconsciência que tive, vi a fábrica onde era sócio». A seguir, já num plano mais oníróide: «Observei que seu movimento ia muito bem»; «eu estava trabalhando bem satisfeito e meu sócio estava me enganando».

Em alguns casos, o relato dos fenômenos visuais caracteriza a presença de insetos, como no 2: «por momentos vi formiguinhas pretas, subindo do chão pelas paredes e fugindo rapidamente»; no caso 16: «vi bichinhos voando no ar e tudo embaçado». Esses fenômenos foram criticados pelos pacientes.

Em algumas descrições, fica bem demonstrado o papel da acomodação visual no aparecimento desses distúrbios perceptivos, como no seguinte relato de um protocolo muito rico em uma variedade de fenômenos nessa esfera, caso 14: «durante as transformações ligeiras, como a visão dupla ou ondulações, só as via quando as pessoas estavam distantes, pois ao se aproximarem tornavam-se normais».

Na caracterização desses fenômenos alucinósicos, diversos pacientes insistiram em que as manifestações não eram constantes, mas vinham sob a forma de ondas: comparação que também foi feita em relação a outros distúrbios inclusive da esfera do humor: «também tôdas essas reações eram espaçadas por breves intervalos, em que ficava completamente normal, como estou agora».

Digno de menção especial, pela significação que assumem, quando surgem no síndrome, são as visões deformadas, estranhas ou de conteúdo estético. No protocolo do caso 18, assinamos: «vi a enfermeira, como uma princesa, de branco, muito bonita; sentia vontade de falar com ela e só não o fazia pela presença do médico». Em outro caso, nº 25: «quando via tudo

transformar-se notava no Dr. Pena, sua mão esquerda muito comprida, enquanto que a direita tornava-se pequena e distante»; do protocolo do caso nº 26: «numa das vezes que o Dr. Pena apareceu, tive a **impressão** de vê-lo, com barbas crescidas, espessas e pretas, ocorrendo o mesmo com suas mãos: pêlos grossos e pretos».

Com relação a modificações nas dimensões dos objetos e perspectivas dos mesmos, salientamos os seguintes exemplos: caso 18: «via a porta pequena, as janelas normais, a mesa baixa e as cadeiras bem pequenas»; do caso 23: «cadeiras, armários e a própria sala tomavam medidas enormes, com proporções gigantescas».

Tendo em vista as perspectivas semiológicas acenadas com as pesquisas com psicodislépticos, os fenômenos alucinatórios visuais, têm, nesse sentido, sido apontados como precioso filão a ser explorado. Cabaleiro Goás (20), discutindo o papel semiológico desempenhado pelas psicoses experimentais, chega a fazer um paralelo entre o que ocorre nas psicoses-modêlo, lisérgicas, mescalínicas, psilocibínicas e outras e a situação vivida pelos pacientes, quando submetidos à aplicação dos testes projetivos, principalmente o Rorschach, em que o estímulo perceptivo visual destas técnicas seria substituído pelo estímulo perceptivo desencadeado farmacologicamente. Nos síndromes farmacológicas, o indivíduo projetaria sua personalidade nas percepções mescalínicas ou psilocibínicas. Nos protocolos dos casos 4, 7 e 10, como vimos, ao exemplificar a influência da afetividade na configuração assumida pelos fenômenos alucinósicos, verificou-se esta projeção a personalidade.

Os fenômenos perceptivos da esfera auditiva foram muito menos numerosos que os da esfera visual. Aliás, vários autores, Delay e cols. (31), Max Rinkel (90), Malitz (74), Nieto (79) e outros, igualmente chamam a atenção para este fato.

Com relação aos fenômenos alucinatórios, que não observamos na esfera visual, pelo menos, distúrbios elementares, sob a forma de acoasmas, foram descritos em cinco casos. Assim, não só em relação à riqueza dos distúrbios (muito mais freqüentes

na esfera visual), mas também à natureza dos fenômenos (alucinações elementares), observamos certa diferença de comportamento entre as esferas visuais e auditivas.

Hiperacusia, hipersensibilidade aos estímulos sonoros foi bem comprovada em 3 casos, ns° 16, 19 e 25. Revelavam êsses pacientes certa irritabilidade e mau-humore m face dos menores ruídos produzidos no recinto. Dois casos, ns° 19 e 25, referiram, de forma bem explícita, a diminuição da acuidade auditiva em certas fases do síndrome.

Sete casos ns° 7, 14, 19, 21, 23, 26 e 27, referiram fenômenos alucinósicos auditivos, criticados na mesma ocasião em que eram apontados sob a forma de chamados, ruído de muitas pessoas falando, sons musicais, vozes de animasi, por máquinas e outros. Convém insistir em que êsses sons foram criticados como produtos de pura impressão ou irrealis na ocasião em que eram mencionados. Um exemplo, retirado do protocolo do caso 23: «minha audição proporcionou-me ouvir sons, como gotas de água, que, ao cair, produziram um eco muito forte que se reproduzia por muitas vèzes; ouvi também muitos barulhos, murmúrios e lamentos. sons êstes produzidos pelo remédio».

Em cinco casos, ns° 1, 9, 11, 17 e 21, os pacientes disseram ouvir ruídos, sons inexistentes e não criticaram a existência dêsses fenômenos, demonstrando certa preocupação em determinar a origem dêsses estímulos auditivos. Um dêles, caso n° 21, alcoólatra desde a infância, parcialmente deteriorado, como se pode verificar no exame psíquico e nos testes psicológicos, disse ouvir, durante o síndrome, ruídos em tudo idênticos aos que ouvia anteriormente, antes de sua internação e tratamento. Como dissemos, foram êstes sons (acoasmas) ouvidos com certa perplexidade pelos pacientes, que os procuravam identificar como verdadeiras alucinações auditivas elementares. Surgiram porém em poucos pacientes (5) e sempre sob a forma de fenômenos indiferenciados, nunca sob a forma verbal.

A presença de alucinações visuais pròpriamente ditas é verificada freqüentemente nos quadros de confusão mental, em que há acentuado comprometimento da consciência. com desorienta-

ção e prejuízo da crítica. A ausência de alucinações visuais em nosso material deve ser atribuída, conseqüentemente, ao parcial comprometimento de consciência pròprio dos estados oniróides, em que a crítica é preservada.

Além dos fenômenos alucinósicos, obtivemos outras alterações senso-perceptivas: alteração das dimensões, perspectivas e movimento dos objetos, hiperestesia visual e mudança de tonalidade das côes. Em nossa experiência com diferentes quadros nosográficos, ricos, em distúrbios senso-perceptivos (toxi-infecciosos, endógenos, comiciais e outros) não temos registrado fenômenos semelhantes aos encontrados durante o síndrome psicocibinico. Levando-se em conta que os referidos distúrbios não são apanágio da droga em aprêço, mas freqüentemente encontrados durante a aplicação de outros dislépticos (LSD-25, Mescalina, etc.), podemos concluir que tais alterações constituem peculiaridade dêsse grupo farmacológico.

Em contraposição, no que se refere aos fenômenos auditivos determinados pela aplicação da droga (acoasmas e alucinoses), o mesmo não se pode dizer, ou seja os distúrbios, auditivos obtidos por não se revestirem de características especiais, não permitiram a possibilidade de um diagnóstico diferencial com os demais quadros nosológicos em que tais alterações psico-sensoriais se apresentam.

### c) Desordens do julgamento

Sob a designação de construções delirantes. Delay e cols. (31) assinalaram em 63% do seu material, representados por normais, e não se referiram a essas alterações no grupo de doentes mentais. Gregoretti e Sinisi (45), ao discutir mconjuntamente os «fenômenos da série delirante e alucinatória», considerados por êles como um dos pontos mais árduos da interpretação da experiência psicocibinica, assinalaram alguns pontos que julgamos oportuno reproduzir. Aplicando a droga em pacientes com distúrbios psicopatológicos, expressões de estado de ânimo delirante, decorrentes, em alguns casos, de desordens alucinatórias, torna-se difícil estabelecer o que seja devido a uma ação liberadora sôbre particulares instâncias pessoais e o que seja, ao invés

o enriquecimento de uma situação já existente, mas não estruturada ou percebida clinicamente. Assim, num primeiro grupo, em relação à propriedade da droga de atuar sobre determinadas instâncias pessoais, observaram na maior parte das experiências, uma atitude temerosa, desconfiada e esquiva nas relações com o ambiente e com as pessoas. Uma tendência em atribuir particular significado a situações, objetos, móveis e pessoas, que surgiu em sua casuística, com certa frequência. Para esta atitude genérica e vagamente interpretativa, não conseguiram dar posteriormente outras explicações. Num segundo grupo, apontam 3 casos, em que a droga tornou **mais evidentes** situações delirantes preexistentes, permitindo u'a melhor compreensão da dinâmica delirante dos casos. Em um terceiro, encontram-se aqueles casos em que as situações delirantes, preexistentes, fazendo parte do quadro clínico fundamental, não encontraram possibilidade de plena estruturação sobre o plano descritivo. Neste grupo, os autores apontam dois casos, de esquizofrenia, em que a droga pôs em evidência delírios persecutórios e de influência, com idéias de conteúdo erótico-sexual e de autopunição, que não estavam explícitas no quadro clínico.

Devemos esclarecer desde logo que, no tocante à esfera do julgamento, não verificamos em o nosso material, o aparecimento de Delírio, na acepção do termo, isto é, um conjunto de idéias errôneas, em completo desacôrdo com a realidade, não suscetível de ser retificado pela persuasão. Neste sentido, em nenhum caso, durante o síndrome psilocibínico, obtivemos do paciente, a exposição explícita de uma idéia ou de um conjunto de idéias errôneas, em completo desacôrdo com a realidade. Como veremos, verificamos, através de atos ou palavras, unicamente vagas suspeitas, tendência interpretativa ou auto-referente, freqüentemente expostas sob a forma de reticências ou subentendidos.

O que obtivemos, de forma bem clara, corresponde precisamente ao que Jaspers (59) descreve com a designação de vivência delirante primária: «Aparecem nos pacientes sensações primárias, sentimentos vivazes, disposições de ânimo, conhecimentos: «Passa-se algo, diga-me o que se passa», assim se expressou uma paciente de Sandberg ante seu marido. Ao se perguntar o

que acontecia, sustentava a paciente: «Sim, não sei, mas acontece algo». Para os pacientes é de mau agouro que ocorra algo que eles pressentem. Tudo tem para eles uma **nova significação**».

Sob êsse aspecto, a atuação da psilocibina em alcoólatras desintoxicados reveste-se do maior interesse.

Obtivemos alterações que puderam ser distribuídas em fenômenos interpretativos e em vivência delirante primária. Observamos no quadro n° 3, respectivamente, êsses fenômenos 5 e 8 vezes, sendo que, em dois casos, surgiram concomitantemente.

Nos 11 casos (4, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 25, 26 e 30) que apresentaram durante o psicoma distúrbios da esfera do julgamento, em 5 deles (12, 15, 16, 20 e 26) não se conseguiu apurar qualquer desvio dessa ordem, caracterizando distúrbio prévio de personalidade. Em 6 outros (4, 13, 14, 18, 25 e 30), positivou-se, em suas histórias clínicas, a presença de idéias delirantes mais freqüentemente de ciúmes: durante a prova, os referidos distúrbios do julgamento não se tornaram mais evidentes, pelo contrário, deixaram entrever tão somente apagados fenômenos de vivência delirante primária. Sobretudo o caso 4, com intenso delírio de ciúmes, conseguiu dissimular completamente essas idéias, que foram traduzir-se em atos, após a alta, quando tentou eliminar esposa e filhos.

Em 8 casos, os pacientes assumiram atitudes, adotaram expressões fisionômicas ou tornaram explícita verbalmente, a preocupação de estar se passando algo, de estar iminente qualquer acontecimento, decorrente, por exemplo, de uma mudança de atitude do médico observador. Esta capacidade de descobrir significações nas coisas, nas pessoas, no colorido de um móvel, no movimento de um atendente, de «intuir algo», foi bem assinalada. Nessas ocasiões, interpelados diretamente sobre o porquê da atitude de desconfiança, prevenção e ressentimento, não souberam esclarecer a motivação, do porquê desse comportamento.

Um único, entretanto, o caso 16, em que o síndrome psilocibínico foi bastante rico e de cujo protocolo temo-nos servido várias vezes, as atitudes de ressentimento, caracterizadas em intuição de algo a acontecer, culminaram em franca oposição e

hostilidade aos médicos. Pudemos entender as suas interpelações ásperas, tais como: «forçam-me a chegar a certo ponto, mas não chegarei lá»; «o que veio fazer aqui?»; «ignorantes, incapazes», como ressentimento contra os médicos, ressentimento êste hãbilmente dissimulado no convívio quotidiano e que datava de alguns anos, quando fôra expulso da força policial pelo serviço médico.

Um exemplo de vivência delirante primária é o retirado do protocolo do caso 20: «tinha momentos em que achava os gestos e a conversa da enfermeira estudados».

Em cinco casos, os pacientes assumiram atitudes francamente interpretativas, de marcado colorido auto-referente. Esta tendência auto-referente os tornava sensíveis aos risos da atendente e da enfermeira, bem assim às conversas entre os observadores, levando-os a interpelar a auxiliar se se ria ou se falavam dêle. Alguns exemplos (caso n° 15): «que lá fora representava estarem falando de mim em caçoada»; caso 25: «percebi também que ela insistia em mostrar-me sua aliança, não sei por quê».

Convém assinalar que, na avaliação correta da auto-referência ou dos fenomenos interpretativos, é preciso levar em conta o ambiente em que se realiza a experiência. É natural que, alguém, a quem foi administrada uma medicação e colocado sob observação em um quarto, tendo a examiná-lo atentamente uma equipe médica, passe a desenvolver, no transcorrer da prova, preocupações com sua própria pessoa, a auto-observar-se também, a concluir que tudo se refere a si e, até certo ponto, a desenvolver determinadas idéias interpretativas. Assim, nas provas ou na leitura dos relatórios individuais, só destacamos aquilo que nos pareceu francamente mórbido e desviado. Como muito bem assinalaram Gregoretti e Sinisi trata-se da parte do síndrome mais difícil para avaliar, mesmo para quem trabalhou com pacientes sem distúrbios atuais.

Em resumo, com relação às alterações da esfera do julgamento, a análise do nosso material nos leva a salientar:

a) a existência de delírios explícitos não foi revelada durante o síndrome psilocibínico, em qualquer dos indivíduos de

nossa casuística, embora tivéssemos evidenciado, em nosso material, a existência de idéias delirantes (de ciúmes), anteriormente, em 14 de nossos casos;

b) dos 30 casos que compõem nossa casuística, em 11 apenas, verificou-se a presença de alterações na esfera do julgamento, caracterizadas mais freqüentemente pelo que Jaspers designa com o nome de vivência delirante primária. Convém salientar que, em 5 dêstes pacientes, não foi possível evidenciar a presença de indícios dêstes distúrbios em sua personalidade prévia.

#### d) Fenômenos despersonalizantes:

Outro grupo de fenômenos, apontados como muito freqüentes no quadro psicotóxico da psilocibina e discutido por todos os autores que têm se ocupado da droga, diz respeito ao grupo despersonalizante, especialmente nas suas formas somato-psíquica e de desrealização. Como sabemos, a despersonalização, descrita por Krishaber, em 1873, como nevropatia cerebro-cardíaca (Follin), deve seu nome atual ao «journal íntimo de d'Amiel», verdadeira auto-observação de despersonalização. Apesar de ter êste síndrome merecido abundante literatura, permanece ainda, de certa forma, difícil de ser definido e limitado de maneira precisa, sobretudo devido à sua complexidade clínica. Segundo Follin (36), a despersonalização pode ser caracterizada de forma descritiva «como um estado», em que o indivíduo não reconhece a si mesmo como uma personalidade» (Schilder) e que se manifesta por sentimentos de transformação ou de irrealidade de si mesmo; por sentimentos estranhos ou de irrealidade do mundo exterior. A análise introspectiva dêstes sentimentos adquire um sentido infável, que não permite senão uma expressão comparativa ou metafórica, «para caracterizá-las». Trata-se essencialmente de um distúrbio subjetivo, em que os elementos diversos, intrincados e concomitantes nas formas mais típicas, podem, entretanto, ser dissociados ou misturar-se à semiologia clínica particular dos quadros de melancolia, de confusão, de esquizofrenia e outros».

No interessante capítulo dedicado à despersonalização, Follin (36), distingue perfeitamente três formas: despersonaliza-

ção psíquica, despersonalização somática e a desrealização. Em a análise da incidência em diversos quadros nosográficos, enumera: 1) neurose psicastênica; 2) esquizofrenias; 3) nos síndromes melancólicas; 4) nas psicoses delirantes agudas ou subagudas (qualquer que seja a etiologia, toxi-infecciosa, reacional, comocional, etc.) e 5) nas epilepsias.

No grupo de normais de sua casuística, Delay e cols. (31) encontraram a despersonalização em 63% dos casos e, no grupo de doentes mentais, uma percentagem bem inferior, de 28% somente, não distinguindo especificamente as diferentes formas: psíquica, somática (Wernicke) e desrealização (Mapother, Mayer-Gross), apresentando as percentagens assinaladas para a despersonalização considerada globalmente e exemplificando com formas de despersonalização psíquica: «uma impressão de desdobramento, de contemplação de si mesmo».

Para a explicação da disparidade de dados (63% e 28%), em normais e doentes mentais, Delay e cols. (31) apontam a maior dificuldade de introspecção e auto-análise do grupo de doentes, assim como o nível sócio-cultural dos mesmos em relação ao grupo dos normais. Como sabemos, a despersonalização implica uma certa capacidade de introspecção, o que por sua vez exige uma certa diferenciação psíquica. Darcy Mendonça Uchôa (102), em trabalho dedicado à Psicopatologia da Despersonalização, citando P. Schilder aponta também, como um dos suportes da despersonalização, a auto-análise e a auto-observação.

Ao tratar dos fenômenos da despersonalização no psicoma lisérgico, Danilo Cargnello (22) assinala alguns pontos que julgamos oportuno reproduzir: «No psicoma lisérgico se verifica com muita freqüência a despersonalização. Isto até certo ponto era previsível, desde que no psicoma se realizam as condições básicas para manifestar-se, isto é: a ativação da tendência auto-analítica até o plano da verdadeira e própria introspecção (Föllin) em pessoas que, por outro lado, conservam totalmente ou quase totalmente a lucidez da consciência. Como se sabe, já dos antigos autores, como Janet e Dugas, ou de outros como Haug, Storring, Mayer-Gross, Zucker, que a tendência à auto-análise, favorece os estados de despersonalização e que caracte-

riza freqüentemente a conduta dos despersonalizados». Nesse mesmo trabalho, Cargnello (22) ao procurar encarecer as dificuldades existentes no síndrome lisérgico, por vezes, em distinguir as formas somatopsíquicas da despersonalização, dos distúrbios do esquema corporal, assim se manifesta: «Entretanto, é indubitável que das três especificações Wernickianas da despersonalização, a somatopsíquica é a que mais se aproxima dos distúrbios do esquema corporal. Indubitavelmente, entre «meu corpo como minha parte» e «meu corpo como expressão de mim», se dá, na experiência lisérgica, tôdas as passagens fenomênicas imagináveis e possíveis, com reconhecida dificuldade prática de fixar nesta ou naquela categoria».

Por outro lado Cargnello (22), em seu trabalho relativo à experiência lisérgica, citando Callieri e Semeraro, considera a despersonalização auto psíquica (despersonalização psíquica), como a despersonalização senso-estrito.

Gregoretti e Sinisi (45), quanto a êste grupo de fenômenos, no que diz respeito à psilocibina, assim se referem explicitamente: «entre as peculiaridades mais interessantes do quadro psicotóxico da psilocibina incluem-se as experiências de despersonalização, especialmente nas formas somato-psíquica e de desrealização».

Aqui também, como aconteceu em relação aos fenômenos psico-sensoriais, nosso material, destituído previamente de fenômenos dessa natureza se prestou muito bem para uma correta apreciação dos mesmos.

Em nossa casuística, fenômenos despersonalizantes surgiram em 16 casos; ocorreu com freqüência a despersonalização somática (13 vezes) e a desrealização (11 vezes). A despersonalização psíquica unicamente em dois casos foi identificada.

A despersonalização psíquica foi bem evidenciada nos casos 15 e 27, pacientes que apresentaram síndromes ricas, com vários fenômenos, conforme se pode observar no quadro n° 3. Êstes dois casos já servem para demonstrar as profundas alterações de personalidade que a psilocibina chega a determinar. Destacamos para exemplificação, dos seus protocolos, os seguintes exem-

plos de despersonalização psíquica (caso 15): «Estou sentindo que não sou eu mesmo»; (caso 27): «não estou sentindo eu mesmo, tenho a impressão que não sou eu mesmo».

No trabalho de Cargnello (22), numerosas «sensações», denunciadas pelos lisergisados no início do síndrome e depois, no se utranscurso, prestaram-se a ser reconhecidas patogenicamente como resultantes também da incidência sobre o sistema nervoso autônomo (sensação de mal-estar, constrição precordial e abdominal, quente e frio, náuseas, etc.). De igual maneira, alguns dos fenômenos surgidos em nossos casos, descritos como fenômenos de despersonalização somática (13 vezes), resultaram provavelmente do acometimento do S.N.A. pela droga. Alguns outros corresponde ma alterações do esquema corporal. Como vimos, na prática nem sempre é possível se estabelecer a distinção correta dos dois fenômenos, que em certos casos, se repetem, se reproduzem uns nos outros, tal a riqueza dessas manifestações no síndrome. Passamos a apresentar alguns exemplos: a) de modificação do esquema corporal: «andando com menos tontura, parecia-me ser um pouco mais alto»; «sente-se diferente, menor», «depois senti a boca onde extrai os dentes parecendo crescer»; «as mãos e os braços como que não pertenciam mais ao meu corpo»; b) de despersonalização somática propriamente dita: «sinto tudo diferente, meu corpo, a sala, a presença de pessoas»; «tenho a impressão de que o meu corpo está sumindo»; «sente-se diferente, menor» (neste exemplo coexistem o fenômeno de despersonalização com o distúrbio do esquema corporal); «tive a sensação de possuir a cabeça, olhos, nariz, boca e orelhas em tamanho tão reduzido, que meu corpo me parecia como de um rato»; «pois vagava pelo espaço como uma pena, sendo conduzido pelo vento»; «a sensação geral por mim experimentada era que eu me via não me sentia, não me encontrava, pois meu corpo estava completamente adormecido»; «quanto a mim em tôdas as horas de transformação, sentia também que minhas mãos e pés ficavam ora grandes ora pequenos». Outras numerosas manifestações de tipo corporal-cenestopática, sem propriamente perturbações maiores no plano da consciência do próprio

corpo, surgiram nos protocolos e já foram comentadas na parte, somática do síndrome psicocibínico.

Fenômenos bem característicos de desrealização, estranheza do mundo circundante, foram verificados em nosso material, em 11 casos. Da mesma forma que a atuação da droga sobre as estruturas autonômicas, talvez contribua para explicar em parte a variadíssima gama de fenômenos de despersonalização somática, queixas cenestopáticas e distúrbios do esquema corporal, a riqueza de manifestações perceptivas visuais e auditivas, talvez contribua para o desenvolvimento dos fenômenos de perplexidade em face do meio externo. O comprometimento parcial do estado de consciência (estado oniróide), associado às múltiplas manifestações perceptivas visuais, contribui obviamente para o aparecimento do sentimento de estranheza.

Os nossos 11 casos de desrealização, como se verifica examinando o quadro nº 3, todos eles foram acompanhados de fenômenos perceptivos visuais, isolados ou combinados; em geral numerosos e de variada configuração. Admitindo como ponderável a participação dos fenômenos perceptivos no aparecimento da desrealização, outras considerações nos acodem ainda no que se refere à este interessante aspecto do síndrome psicocibínico. Estas considerações decorrem de dados colhidos com a realização da auto-experiência com a droga. Nessa prova (40), por mais de uma vez, um de nós viveu a experiência desrealizante: ao observar paisagens familiares, ao reconhecê-las com as suas particularidades, podendo identificá-las sem grande esforço, ainda assim «sentia» essas paisagens como estranhas, diferentes. Assim' parece-nos que, além da possível contribuição das alterações perceptivas para o aparecimento da desrealização, outras particularidades do próprio síndrome psicocibínico, dependente da droga ou do próprio paciente, são necessárias para que se estabeleça essa situação de sentir com estranheza, como diferente, o mundo exterior. Conforme temos feito, procuraremos ilustrar com alguns exemplos: caso 1: «ao descer estranhei o ambiente, parecendo estar em outra sala, mas não aqui na clínica»; caso 4, do relato do médico observador: «viu há pouco, tudo meio confuso e estranho» (exemplo este em que entra a participação

visual no condicionamento da sensação de estranheza); caso 16: «parecia que eu estava num mundo diferente»; caso 21, relato do médico observador: «Está tudo diferente, estranho»; «com os olhos abertos sente tudo diferente»; caso 23: «senti que estava me elevando para um espaço sem fim e por mim desconhecido». (Neste protocolo surge juntamente com a desrealização o fenômeno de levitação).

Procuramos com alguma exemplificação dos fenômenos despersonalizantes, sobretudo nas formas somáticas e de desrealização, demonstrar a riqueza do psicoma psilocibínico nessas experiências, já que, como vimos, a despersonalização psíquica, senso-estrito, surgiu unicamente em dois casos. Ficou bem demonstrado também que esses fenômenos no síndrome se apresentam com certa frequência, imbricados entre si e, em outras ocasiões, principalmente a despersonalização somática, juntamente com distúrbios do esquema corporal. Por outro lado, parece-nos também, da maior importância, na compreensão desses fenômenos, o papel representado pela ação da droga nas estruturas autônomas (despersonalização somática) e dos fenômenos visuais (desrealização).

#### e) **Desordens da memória**

A nosso ver, discutível sob vários aspectos, é a capacidade ou propriedade da psilocibina de despertar ou provocar fenômenos mnésicos, do tipo de hipermnésia ou como querem Delay e cols. (31), de estimular a «memória afetiva». A expressão memória afetiva foi empregada primeiramente, como sabemos, por Theodule Ribot (89), para caracterizar «a reprodução atual de um estado afetivo anterior com todos os seus caracteres». Delay e cols. (31), ao mencionarem a memória afetiva, referem-se à possibilidade de «revivescência de elementos esquecidos», sob os estímulos afetivos desencadeados pela droga. Os autores, reconhecendo a reduzida frequência dessas manifestações, insistem, em que, quando elas existem, revestem-se de grande interesse. No trabalho pioneiro de Delay e cols. (31) foram registrados respectivamente esses fenômenos em 31% dos normais e 28% do grupo de doentes mentais. No grupo de normais, os autores

assim se referem às reminiscências: «em 31% dos casos, o indivíduo, a propósito dos fenômenos psíquicos, em particular psicossensoriais ou afetivos, evoca as lembranças da infância. É admirável que a droga possa estimular a «memória afetiva», e nós veremos que este fenômeno assume uma importância terapêutica especial nos doentes mentais». Vimos, no capítulo dedicado à Psilocibina, dois autores, Stevénin e Benoit (98), utilizarem-se da psilocibina para fins psicoterapêuticos, ao lado de outros dislépticos. Comprovada a atuação da droga no sentido de estimular ou favorecer lembranças impregnadas da intensa carga afetiva, mormente relacionadas com a infância, como querem os autores, o interesse terapêutico e inclusive semiológico da droga, avultaria muito. Gregoretti e Sinisi (45) não salientam esta particularidade em primeiro plano. Ao cuidarem em seu trabalho de «aspectos particulares», mencionam dois casos em que se verificou o «retorno à memória» de fatos transcorridos, com significado de conflito ético, sobre um fundo psicológico de caráter seguramente depressivo.

Contrariamente à existência de um estímulo, por assim dizer da memória, manifesta-se Paterson (82), que afirma não ter encontrado em seu material hipermnésia para acontecimentos recentes ou tardios. Alimentando a controvérsia existente em torno desse aspecto do síndrome, que, a nosso ver, é dos mais difíceis para a apreciação crítica, Wilson Alhadeff de Genebra (3), conclui seu trabalho com estas palavras: «as revivescências mnésicas com a Indocybina (psilocibina) são frequentes e as possibilidades de esta droga ser utilizada como coadjuvante em psicoterapia deveriam ser pesquisadas sistematicamente».

Procurando compreender os discutidos fenômenos mnésicos não podemos deixar de assinalar o papel exercido pela droga no sentido de desfazer inibições, o que, indiretamente, favoreceria a associação livre de idéias e assim, por associação, algumas reminiscências.

Em nosso material, unicamente cinco casos (4, 7, 10, 18, 27) foram registrados sob o rótulo de reminiscências. Nestes, apuramos, durante o transcurso do síndrome, juntamente com as múltiplas modificações afetivas de que já nos ocupamos (um único

caso, deste grupo, nº 7, deixou de apresentar alterações afetivas concomitantes), a informação explícita, reafirmada em alguns casos depois no relato individual de recordações com marcada tonalidade afetiva, «de casa», dos pais, de fases do período escolar, da terra natal. Apesar dessas informações tão categóricas, obtidas em nossos casos, persiste a interrogação, a nosso ver, sobre o real papel da droga no desencadeamento dessas lembranças; desde que o próprio ambiente em que se realiza a experiência favorece as associações e os fenômenos são tão influenciados por vários outros fatores, como temos visto nestes comentários.

Em conclusão, a despeito de, e cinco casos de nosso material terem surgido afirmações e referências a propósito de temas de grande significação afetiva e das afirmações da literatura consultada, em rigor, não nos convencemos definitivamente das propriedades estímulo-mnésicas da droga.

Apesar dos variados aspectos discutidos nestes comentários, não alimentamos a suposição de termos esgotado todas as numerosas particularidades do síndrome. Assim é que não nos ocupamos de forma especial das vivências de tempo e espaço, uma vez que, para o estudo delas, faz-se mister o emprêgo de técnicas especializadas, tendo todas elas, como denominador comum, a participação mais ativa do pesquisador na realização da experiência. Como explicamos no capítulo referente ao material e método de estudo, utilizamo-nos de técnica na qual o investigador desempenhou papel passivo, e, tanto quanto possível, procurando não perturbar a **espontaneidade do síndrome**, tendo em vista o escopo semiológico (nossa principal preocupação). Contudo, nas poucas ocasiões em que a oportunidade se nos apresentou, pudemos observar os pacientes respondendo de maneira correta sobre o tempo cronológico decorrido, mas, acrescentando em adendo: «o tempo não me importa»; «o tempo já não me interessa».

Resolvemos utilizar o material colhido no ensaio terapêutico do etilismo crônico, com a psilocibina, para a realização desta pesquisa, que visa à utilização do síndrome desencadeado por essa droga, para fins semiológicos.

Nosso material, como se vê nos quadros nº 1 e 2, consta de alcoólatras crônicos, masculinos, com idades entre 21 e 57 anos,

sendo o grupo etário mais numerosos entre 30 e 40 anos (18 casos). Apesar de, na seleção do material, termos procurado excluir os alcoólatras mais deteriorados, o exame psíquico destes pacientes, corroborado pelos testes de personalidade, mostra-nos o acentuado rebaixamento de muitos deles. Em certos casos, tendo em vista o número de anos da toxicomania e as prováveis condições prévias de personalidade com que ingressaram no hábito, torna-se muito difícil, estabelecer precisamente o que preexistia, por assim dizer sob a forma de **personalidade prévia** ou **personalidade básica**, e o que resultou da **agressão continuada** e persistente do tóxico. Na introdução nos referimos à vários autores, Maffei (72), Greensfield (44), Lemere (69), Camargo Barros (7) e outros que têm demonstrado, do ponto-de-vista anátomo-patológico, as profundas alterações sofridas pelo cérebro de alcoólatra em sua estrutura. Obviamente, quanto mais tempo de doença vai decorrendo, mais o cérebro vai-se alterando, surgindo então os distúrbios psicopatológicos, tão bem conhecidos, que caracterizam o **alcoólatra crônico**. No sentido de surpreender a personalidade básica ou **preexistente** de um alcoólatra, além de pesquisar, pormenorizadamente, a história familiar e individual, devemos submetê-lo a minuciosos exames psiquiátricos e psicológicos, o mais precocemente possível. Difícil é, porém, em certos casos, mesmo para quem está familiarizado com o tratamento de alcoólatras, ajuizar, com segurança, se um indivíduo que vem praticando excessos alcoólicos ultimamente, tornar-se-á ou não, certamente, etilista crônico. Casos existem de pacientes que, utilizando-se com certa liberalidade dos alcoólicos por algum tempo, chegando mesmo a exteriorizar sinais e sintomas de intoxicação crônica, sob a influência de fatores diversos abandonam completamente o uso do tóxico, transformando-se até, em certos casos, em denodados lutadores anti-alcoólicos. Outros, porém, em função de desfavoráveis condições prévias de personalidade, com dificuldade de adaptação no meio social, travando conhecimento precoce com a toxicomania, desde logo se tornam dependentes do tóxico, para não mais conseguirem se libertar dele. Além disso, em poucos anos, entram na fase do chamado **alcoolismo descompensado**, passando a apresentar toda a constelação de conseqüências bem conhecidas da toxicomania.

Êstes fatos demonstram a dificuldade para se estabelecer desde logo, com segurança, quando se trata verdadeiramente de um etilista crônico nos casos incipientes de toxicomania. Certo tempo mínimo deve ter decorrido para se poder assegurar a cronicidade da doença.

Na introdução dêste trabalho, vimos também que o progresso da psicologia clínica, com o desenvolvimento de várias técnicas, inclusive as projetivas, permitiu um conhecimento melhor da personalidade do alcoolista, de sua personalidade de base, daí resultando mesmo algumas classificações dêsses toxicomaniacos. No início, a preocupação era mais de caráter diagnóstico, dando como resultado a realização de numerosos trabalhos com os testes projetivos, principalmente com o de Rorschach (trabalhos americanos, da escola de Bordeaux), com o Thematic Aperception Test de Murray e com o teste de frustração de Rosenzweig. A interpretação dos resultados é sempre complexa. A maior parte dêstes estudos ocupa-se com a determinação dos «tipos de alcoólatras» em função daquilo que se poderia chamar personalidade de base. Revelam, entretanto, certos sinais que devem já ser relacionados com a deterioração: sinais de organicidade no Rorschach, estereotípias, perseveração e caráter oral das respostas, sem que se possa, entretanto, desenhar um quadro sistemático. Outros trabalhos são orientados mais definidamente para a noção de deterioração, como os de Manson e sobretudo Pr Lamache que se utiliza do Rorschach e dos testes psicofatores e de resistência psíquica, para o estudo por assim dizer da deterioração psíquica. Estabelecendo a diferença entre «os bebedores por prazer que parecem opor-se aos bebedores por necessidade», segundo a sua personalidade, Binois e Lefets (11), em trabalho já citado, insistem que os sinais puros de deterioração são idênticos nestes dois grupos, enquanto os sinais associados permitem diferenciá-los.

Em nossa casuística, como verificamos pela leitura dos resultados dos testes em virtude da deterioração ou em virtude das condições de personalidade preexistentes, o nível intelectual revelou-se inferior na maioria dêles. Assim é que, em função do nível intelectual determinado pelo teste de Raven, pudemos di-

vidir o nosso material em três grupos, como se segue: 1º grupo, normais (11 casos); 2º grupo, inferiores ao termo médio (12 casos); 3º grupo, deficientes (7 casos). Por outro lado, informações procedentes dos demais testes (Rorschach e miocinético), como também se verifica pela respectiva leitura, revelam sinais de outros componentes psicopáticos. São assinalados freqüentemente elementos esquizomorfos, epiléticos, neuróticos e, com grande freqüência, sinais de organicidade, dependente da ação lesional do álcool sobre o S.N.C. (poderoso fator de deterioração).

A freqüência de traços psicopáticos em testes psicológicos de alcoólatras é tão grande, que Delay, Pichot e Perse (29) ao cuidarem do teste de frustração de Rosenzweig, utilizam-se de alcoólatras como representantes do grupo de «personalidade psicopática», numa tentativa de aproximação.

Apesar das dificuldades apontadas para se estabelecer um confronto entre elementos tão heterogêneos, vamos cuidar de analisar certas correlações que foi possível estabelecer entre os elementos colhidos em nosso material.

Como vemos no quadro 6, segundo os índices fornecidos pelo teste de Raven, êle pode ser dividido em três grupos: 1º) normais; 2º) inferiores ao termo médio; 3º) deficientes, segundo os níveis intelectuais alcançados naquele teste. Curiosamente, como se verifica no quadro nº 6, êsses três grupos se distinguem sob outros pontos-de-vista também. Assim, tendo em vista o número de anos de alcoolismo (média), a idade do início do alcoolismo (média), o nível de instrução, a presença ou não de sinais orgânicos no psicodiagnóstico, a riqueza do síndrome psilocibínico e o diagnóstico prévio (personalidade de base do alcoólatra), vamos observar que os três grupos se comportam de forma bem diversa.

Considerando as condições acima assinaladas, vamos observar, no quadro nº 6, que no grupo de nível intelectual normal, a idade do início do alcoolismo (média) é de vinte anos, para, respectivamente, no grupo inferior ao termo médio e no grupo dos deficientes, ser de 19 anos e 15 anos, respectivamente, o que nos

mostra: à medida que vamos do grupo de normais (nível intelectual) para o de deficientes, a idade de início do alcoolismo vai baixando. Por outro lado, ao contrário, inversamente, vamos verificar que o número de anos de alcoolismo (tempo de evolução da toxicomania) vai subindo, respectivamente: 14, 17 e 20 anos. Se tivermos em vista, além do nível intelectual, outros traços associados de personalidade evidenciados pelo psicodiagnóstico, por exemplo, ou pelo exame clínico, vamos verificar que, no grupo de normais, existe relativa alta incidência de casos de alcoolismo chamado primário (sem demonstração evidente de alterações de personalidade anteriores ao início da toxicomania), 4 casos sobre 11. Nos restantes 7 casos, 6 foram clinicamente considerados como neuróticos e um apresenta elementos esquizomorfos marcados no psicodiagnóstico. Do ponto-de-vista do nível educacional, vamos observar que neste grupo, predomina o nível secundário, 7 casos para 4 primários e nenhum analfabeto. Quanto à presença de sinais de organicidade no psicodiagnóstico, encontramos em 2 casos unicamente. Ao analisarmos o comportamento de síndrome psilocibínica, observamos que o síndrome foi rico em 9 casos, pobre em 2 e nulo em nenhum.

No 2º grupo, inferior ao termo médio (12 casos), vamos constatar que, além do início mais cedo (em média) do alcoolismo, em torno de 19 anos e do tempo maior de toxicomania (17 anos), o nível educacional cai para 10, com educação primária; um único com educação secundária, e o aparecimento de um analfabeto, que, como vimos, não existia no grupo anterior. Além disso, a presença de sinais orgânicos no psicodiagnóstico sobe para 7 e os alcoolistas primários descem para 3 casos, enquanto 4 apresentam-se rotulados clinicamente de neuróticos e 5 outros com constituições psicopáticas (constituições do tipo paranóide, personalidades psicopáticas). O comportamento do síndrome psilocibínico neste grupo também muda em relação ao grupo anterior, pois vamos encontrar 5 síndromes ricas, 5 pobres e 2 nulos.

No 3º grupo, deficientes (7 casos) verificamos início do alcoolismo mais cedo (média), em torno dos 15 anos; tempo de evolução da toxicomania maior (média), cerca de 20 anos, menor nível educacional (4 analfabetos, 2 primários e unicamente um

secundário), presença de sinais de organicidade no psicodiagnóstico mais elevada relativamente (4 em 7 casos); a presença de um único caso em que o alcoolismo pôde ser considerado primário, um único clinicamente reconhecido como neurótico e os demais 5 casos com constituição psicopática esquizóide. Neste grupo é que o síndrome psilocibínico se comportou mais modestamente, pois, em dois casos foi nulo, em dois foi pobre e somente em três casos pôde ser considerado rico.

Assim resumindo, podemos dizer que o síndrome psilocibínico foi mais florido (9 casos em 11) no grupo de inteligência normal, que se iniciou no alcoolismo mais tardiamente; com menos anos de toxicomania, com nível educacional mais elevado; em que os sinais de organicidade no psicodiagnóstico foi mais reduzido e em que, minuciosa verificação das condições prévias da personalidade, não demonstrou alterações em 4 casos (alcoolismo primário) e, em 6 outros, as alterações preexistentes foram do tipo neurótico, clinicamente; o síndrome psilocibínico foi o mais pobre no 3º grupo, de deficientes (3 síndromes ricas, 2 pobres e 2 nulos), que se iniciou no alcoolismo mais precocemente, com maior tempo de duração da toxicomania (em média); de nível educacional mais reduzido (4 analfabetos, 2 primários e 1 secundário); com presença de organicidade elevada (4 em 7); com alterações preexistentes de personalidade mais alta (1 único caso de alcoolismo primário, um neurótico e 5 personalidades de tipo esquizóide).

A nossa amostra de alcoólatras, cuja análise nos demonstrou quão heterogênea é, está precisamente em concordância com a opinião de vários autores, dentre eles: Mayer-Gross (75), que assim se manifesta explicitamente: «Precisamente os alcoolistas crônicos não se recrutam de um tipo de personalidade determinado, normal ou anormal. Em qualquer conjunto muito numeroso, se encontrarão indivíduos que não apresentam nenhuma falha notável da personalidade, extrovertidos, sociáveis e inclusive hipomaniacos, que não parecem necessitar, por seu temperamento, de nenhum estímulo que os ponha eufóricos. A afirmação de que, na maioria das vezes, o alcoolismo é um sintoma de uma anormalidade mental subjacente (Henderson e Gillespie, 1950),

pode demonstrar-se, em muitos casos, como resultante de um defeito da experiência, que se obtém, por exemplo, quando se trabalha nos reformatórios ou nas «clínicas para doentes externos».

Por outro lado, como vimos, vários autores, George N. Thompson (100), Menninger (76), Lincoln Williams (106), Dupré (33), Rado (86), Alexander (2), Delay (28) e outros encaram o alcoolismo mais freqüentemente como uma manifestação secundária, um epifenômeno de um transtorno de personalidade subjacente. Todavia, a despeito da heterogeneidade do material, foi possível demonstrar, que o síndrome psíquico desencadeado pela psilocibina, apesar das condições de extrema variabilidade (de um lado, ação farmacológica da droga, de outro, manifestações psíquicas), comportou-se de forma diferente, como vimos, nos três grupos considerados. Verificamos que, até certo ponto, o síndrome é mais rico e produtivo (do ponto de vistapsíquico) quanto mais diferenciado fôr o grupo considerado.

Digno de nota é o fato verificado em 4 casos em que os distúrbios psíquicos foram considerados nulos. A tolerância do indivíduo a uma droga específica é fato bastante conhecido e até certo ponto freqüente, quando se estuda a ação dos diferentes farmacos. Ela é variável de indivíduo para indivíduo e, num mesmo indivíduo, com uma mesma droga em condições especiais. A dificuldade é saber com que freqüência podemos encontrar sujeitos resistentes a uma droga, e em que doses. Esta variabilidade de resposta e fundamentalmente a ausência da mesma com o emprêgo dos psicodislépticos têm sido relatados pela maioria dos autores. As drogas alucinógenas em particular, pelos tipos peculiares de sintomas psíquicos que são capazes de produzir e a menor riqueza de resposta quando aplicada em esquizofrênicos, deu margem a um sem-número de teorias cujos pensamentos fundamentais podem ser traduzidos sob dois aspectos; num primeiro, acreditam seus defensores que a ausência ou menor riqueza de resposta estaria em função de a droga ou um similar estar envolvida na patogênese da referida doença mental. A outra corrente, à qual nos filiamos, explica êsses resultados em função da psicologia própria do esquizofrênico. As teorias que ini-

cialmente procuraram correlacionar os parcos ou nulos resultados dos psicodislépticos, quando aplicados em esquizofrênicos, foi sofrendo progressivos abalos à medida que se constatou que essa tolerância não era específica aos psicodislépticos em geral ou a um em particular, mas, sim, verificada também com outros farmacos pertencentes a grupamentos químicos diversos. Além disso, o estudo dos psicodislépticos em indivíduos normais pôs em relêvo que, em certo número dêstes, tal tolerância também era verificada.

A tolerância oferece outros aspectos que merecem considerados. Assi mé que pode ser analisada em função da sua aplicação em doses sucessivas e progressivas, em um mesmo indivíduo. Os trabalhos de Cline Freeman (26) mostram que 15 de 34 indivíduos não apresentaram reação psíquica à aplicação do LSD-25. Êste fato vem a se constituir em forte depoimento contrário à especulação da possível relação entre o psicoma induzido por drogas e os distúrbios psicopatológicos apresentados pelos esquizofrênicos, pois, segundo alguns autores, esta relação não se faria presente de maneira tão evidente na maioria dos casos, em função das técnicas habituais de aplicação dos psicodislépticos, ou sejam, pequenas doses de aplicação única, ou quando muito múltiplas, mas em tempo espaçado. Aventaram, os mesmos autores, a possibilidade da obtenção de quadros de tipo esquizofrênicos se estas drogas fôssem aplicadas em doses elevadas por tempo mais prolongado.

Outro aspecto que convém relatar é o que se refere à tolerância dos indivíduos a doses repetidas em tempos espaçados. Êste fato, já relatado por outros autores, foi também observado por nós. Assim é que aplicando a psilocibina em doses mais elevadas, com um intervalo de oito dias entre elas, verificamos, ao contrário do que se poderia à primeira vista supor, que os resultados, além de não serem mais numerosos foram, por vêzes, nulos. Outro aspecto bastante discutido é a chamada tolerância cruzada, a qual pode ser evidenciada ao se empregarem os diferentes componentes do grupo dos psicodislépticos Delay (31), Balestrieri (5), Sanguineti (91) e outros. Em relação à psilocibi-

na, Balestrieri (5) adverte que a tolerância cruzada em relação ao ácido lisérgico, se bem que existente, é pouco pronunciada.

Devemos ressaltar que a resistência à droga, bem evidenciada em nosso material nos casos 3, 5, 28, 29, disse respeito apenas ao aparecimento de fenômenos psíquicos, uma vez que distúrbios neurovegetativos e da vida de relação estiveram sempre presentes, como se pode observar no quadro nº 3. Pela observação dos resultados obtidos em nossas pesquisas, podemos também verificar que não houve relação entre a riqueza de distúrbios psíquicos e somáticos, pois tanto encontramos síndromes somáticos pobres com quadro psíquicos exuberantes, como síndromes vegetativos ricos acompanhados de fenômenos psíquicos pouco evidentes ou mesmo nulos.

Além dos aspectos gerais de tolerância já considerados, devemos abordar o problema da tolerância nos «drug-addition» e, em particular, nos etilistas crônicos. A resistência dos indivíduos toxicófilos à ação de inúmeros farmacos tem sido exaustivamente analisada pelos pesquisadores. Os etilistas, em particular, têm sido estudados ao ponto de se poder afirmar segundo Alajouanine (1) e Lafon (65), que se trata de «indivíduos completamente modificados do ponto-de-vista bioquímico e metabólico», com a propriedade, portanto, de reagir de forma diversa à média da população em face da agressão dos diferentes agentes farmacológicos. Este fato tem especial interesse em nosso trabalho, pois poderia vir a explicar a pobreza de resultados obtidos no plano psíquico, em relação àqueles fornecidos pela psilocibina, quando administrada em outros agrupamentos humanos.

Concluindo, poderíamos dizer que diferenças de reações às drogas alucinógenas não tem um caráter específico. Sua menor evidência em esquizofrênicos deve-se, provavelmente, à peculiar psicologia desses indivíduos (autistas, introvertidos, com dificuldade de contato). Por estas razões não nos parece que a tolerância à drogas alucinógenas sirva de base de correlação entre os distúrbios mentais espontâneos e os farmaco induzidos.

Uma das finalidades da administração da psilocibina a álcooltras era verificar a contribuição do síndrome psilocibínico

para um melhor conhecimento dos pacientes, seja no que se refere propriamente à biografia individual, de interesse para uma mais completa observação clínica, seja evidenciando outros traços psicopatológicos na personalidade, pouco evidentes com os pacientes desintoxicados e bem adaptados em um hospital psiquiátrico-escola, seja, finalmente, fornecendo subsídios para a valorização de sintomas colhidos através do exame clínico ou de outros recursos paraclínicos. Assim, através da realização do síndrome psilocibínico, visavamos a colhêr informações que poderíamos dividir em três categorias: a) elementos valiosos para completar e compreender a observação clínica (biografia); b) sintomas que denunciem disposições psicopatológicas (estudo da personalidade de fundo); c) elementos que constituem subsídios para melhor valorização de indícios e sintomas já entrevistados na observação clínica ou em outros exames subsidiários.

Quanto ao primeiro objetivo, o valor semiológico do síndrome se prenderia, em nosso modo de ver, às modificações do nível de consciência. O síndrome, do ponto-de-vista psíquico, pode ser caracterizado como um estado oniróide, Delay e cols. (31), Nieto (79) e outros. Os pacientes permanecem conscientes, orientados lúcidos, durante todo o transcorrer do mesmo. Consoante o conceito de estado oniróide (Dicionário de Psiquiatria de A. Porot (84), «se designa com esse nome a infiltração das construções do sonho no pensamento vigil»; «partindo do ambiente e do mundo circundante, o indivíduo se entrega a certas fantasias, e enxerta na realidade do seu meio uma verdadeira «ficção vivida», que lhe perturba a atividade e a conduta e prolifera, mais ou menos em sua consciência, sem fazê-lo perder, não obstante, sua lucidez e sua orientação». Dentro desta caracterização do estado oniróide, se verifica que no mesmo não há comprometimento da censura, ao nível em que é obtida, por exemplo, com a narco-análise. Cabaleiro Goas (20), ao criticar o emprêgo dos psicodislépticos, referindo-se à mescalina para fins ab-reactivos, assim se manifesta: «Em relação à utilização como recurso ab-reactivo não o consideramos eficiente (a mescalina), já que a própria narco-análise com qualquer dos barbitúricos utilizados

resulta menos angustiada, conduzindo ao mesmo resultado, tanto para o trabalho de análise como de síntese».

Assim, para fins biográficos, tendo em vista que o comprometimento da consciência é parcial, sem abolição da censura (nas doses utilizadas) e que os fenômenos hipermnésicos ou de memória afetiva são discutíveis, pouco freqüentes (unicamente em 5 casos de nossa casuística), na nossa experiência a psilocibina não se mostrou eficiente. Nos casos em que surgiram reminiscências, estas sempre se referiram à acontecimento remotos, impregnados de calor afetivo, episódios relacionados com o lar paterno, a infância e a vida no interior. Entretanto, fatos desta natureza também foram obtidos com os pacientes, na ausência da utilização de qualquer droga, à custa da livre associação ideativa, no curso de uma entrevista comum. Em nenhum caso, essas reminiscências, contribuíram para trazer alguma nova luz sobre o paciente em aprêço.

O outro objetivo visado com a realização da experiência psilocibinica relaciona-se à demonstração, através do síndrome, da existência de disposições psicopatológicas no alcoólatra em assunto. Sabemos da experiência, que um certo número de alcoólatras se mantém no círculo fechado da toxicomania em virtude de limitações graves de personalidade. Seriam verdadeiros psicóticos oligossintomáticos, em que as manifestações da intoxicação crônica pelo álcool vêm contribuir ainda mais para mascarar esses traços psicopatológicos. O exame clínico cuidadoso pode revelar esses traços, que, por outro lado, são demonstrados também através dos testes psicológicos, como vimos.

Assunto muito complexo, que tem merecido a atenção de figuras eminentes da Psiquiatria em diferentes épocas são as relações entre as psicoses endógenas e as psicoses exógenas. Foi objeto até de polêmica entre Kraepelin e Bonhöffer a propósito das psicoses sintomáticas agudas quanto a afirmação de que «as causas específicas se acham subordinados quadros psicóticos específicos». A admitir-se a concepção dos síndromes preformados a que se referem Hoche-Schneider (94) e a qual o próprio Kraepelin (63) deu sua anuência, «numerosas formas de exteriorização da loucura poderiam estar determinadas de uma vez e

para sempre por organizações preformadas do organismo humano»; em relação ao que Bonhöffer (16) já havia revelado a suspeita de que, «onde aparecem quadros endógenos à custa de uma agressão exógena, preexistia uma disposição endógena para tais enfermidades», realizando dessa forma uma análise estrutural das psicoses no sentido de Birnbaum (13) (visando a distinguir o patogênico do topoplástico); entendendo-se por tal análise estrutural «o ensaio de compreender as psicoses pela atuação conjunta de diversas forças, diferenciando nelas as formações psíquicas de índole elementar, daqueles outros rasgos patológicos inconstantes e variáveis», poderemos então compreender melhor a configuração variável assumida pelo síndrome psilocibínico em alguns dos nossos casos. Especialmente aqueles cujo transcurso do síndrome assumiu peculiaridades maiores podem ser mais bem compreendidos, em função da concepção dos complexos sintomáticos preformados (Hoche). A nosso ver, constituiu paradigma em nosso material o caso nº 18, cujo síndrome foi muito rico, em que a aparência geral do síndrome reproduziu um quadro de contornos esquizofrênicos, que tinha sido entrevistado pelo exame psíquico e pelos testes de personalidade, particularmente o psicodiagnóstico. Dentro da casuística, porém, representa muito pouco um único caso.

Foi em relação ao item c, apontado como o último colimado com o emprêgo da psilocibina, no plano semiológico, que a nosso ver, o síndrome se mostrou mais informativo. Como vimos, nos comentários dedicados ao síndrome psíquico, na parte referente às alterações afetivas: «2º) em número significativo de casos de nosso material, 6 casos, a interiorização determinada pela droga, veio marcar com mais ênfase traços de personalidade, já entrevistados pela observação clínica ou pelos testes psicológicos; 3º) em 7 casos, as alternâncias de humor, euforia-disforia, puderam também, ser interpretadas, a nosso ver, de forma decisiva, em função da personalidade preexistente, como aliás salientam vários autores». Na interpretação das alterações afetivas, mormente daquelas que seguramente não decorreram da ação direta da droga (conforme vimos a droga pode ser considerada como um euforizante), os elementos prévios relativos ao caso permiti-

ram melhor compreensão das alterações surgidas. Nesses casos, inegavelmente o síndrome se prestou a pôr em evidência traços preexistentes, apagados e descoloridos.

A despeito das numerosas tentativas de se fixarem perfis de personalidade ou de se utilizarem recursos farmacológicos para fins semiológicos, tais como o choque anfetamínico, a narco-análise, a oniro-análise e outros, assim como o uso de baterias de drogas, persistem ainda os autores muito resistentes em aceitar as conclusões propostas. Nas investigações de Delay e cols. (30), de Postel e Cossa (85), os doentes mentais a quem se acrescenta uma psicose sobre outra, não apresentam mais que uma acentuação de sua sintomatologia e não precisamente aquelas síndromes tão frondosas que costumam aparecer nos indivíduos normais.

\*

## CONCLUSÕES

As pesquisas realizadas com a administração de psilocibina por via muscular em trinta alcoólatras desintoxicados, nas doses de 0,2 mgr/K pêso, permitiram as seguintes conclusões:

1º) Todos os pacientes acusaram um quadro somático de natureza tóxica;

2º) Em 26 dêles surgiu também um síndrome psíquico de tipo oniróide. Nos 4 restantes os distúrbios mentais foram inexpressivos ou nulos, fato que se pode interpretar como uma manifestação de resistência à droga;

3º) Tanto os síndromes somáticos, como os psíquicos foram transitórios e inteiramente reversíveis;

4º) As desordens mais freqüentes e marcantes verificadas na esfera psíquica foram de ordem afetiva, senso-perceptiva e de despersonalização. Em segundo plano, foram consignadas desordens no julgamento, na percepção do espaço e do tempo. Os transtornos mnésicos foram escassos e pouco evidentes;

5º) Pode-se, sob a ação da psilocibina, estabelecer-se certa relação entre a duração da toxicomania, a idade do paciente em que a mesma se iniciou, o grau de deterioração mental e a riqueza do síndrome psíquico; os síndromes mais ricos foram observados nos pacientes cuja intoxicação alcoólica se iniciou mais tardiamente, com menor duração e cujo grau de deterioração mental foi menor;

6º) As desordens afetivas, quando sob a forma de euforia, possibilitaram maior estreitamento nas relações médico-paciente e, como corolário, melhores condições para o exame dos doentes. Outras desordens afetivas (alternância euforia-disforia, interiorização), verificadas em 13 casos puderam ser atribuídas à personalidade preexistente;

7º) As desordens senso-perceptivas foram predominantes na esfera visual, caracterizadas por alucinoses e não por alucinações propriamente ditas. Além desses, outros transtornos visuais foram registrados, tais como alterações nas dimensões, na forma e na movimentação dos objetos. Foram ainda observadas desordens na esfera auditiva, conquanto menos frequentes, as quais, chegaram entretanto, em raros casos, a configurar alucinações propriamente ditas ainda que de tipo indiferenciado ou elementar;

8º) A despersonalização psíquica foi verificada em apenas 2 casos. Outras formas de despersonalização (somática e desrealização) foram observadas respectivamente em 13 e 11 casos;

9º) Em nenhum caso foi observado o aparecimento de delírio na exata acepção do termo. Outros distúrbios na esfera do julgamento (vivências delirantes primárias, fenômenos interpretativos e auto-referentes) foram observados em 11 de nossos pacientes. Naqueles que já apresentavam anteriormente idéias delirantes de ciúme, não houve exacerbação das mesmas;

10º) Não constituindo peculiaridade dos estados oniróides o comprometimento da censura e sendo discutível a propriedade da psilocibina de estimular a memória, a experiência com a droga não permitiu em nenhum caso a obtenção de dados que viessem enriquecer a história clínica dos pacientes;

11º) Em um único caso (nº 18) a experiência psilocibínica contribuiu decisivamente para um melhor conhecimento da personalidade do paciente.

\*

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — ALAJOUANINE, Th.; CASTAIGNE, P. & FOURNIER, E. — *Les encéphalites alcoolique; I. Biochime des manifestations encéphaliques de l'alcoolisme. Rev. neurol.* **94**: 447-479, 1956.
- 2 — ALEXANDER, F. & ROSS, H. — *Dynamic Psychiatry. Chicago, Univ. Chicago Press, 1952. pp. 134-135.*
- 3 — ALHADEFF, B. W. — *Les effets psychotomimétiques du délyside (LSD-25) et de l'indocybine (psilocybine) dans l'exploration clinique de la personnalité. Méd. et Hyg. (Genève)* **20**: 392-393, 1962.
- 4 — ARRUDA, P. V. de & FORTES, J. R. de A. — *Aspectos eletrencefalográficos do alcoolismo agudo e crônico; a respeito de 242 casos. Rev. Hosp. Clin.* **14**: 359-364, 1959.
- 5 — BALESTRIERI, A. — *Apud DENBER, H. C. B. — Biochemical findings during the mescaline-induced state, with observations on the blocking action of different psychotropic drugs. In ROTHLIN, E., ed. Neuro-Psychopharmacology. Amsterdam, Elsevier, 1961, vol. 2, p. 39.*
- 6 — BALESTRIERI, A. — *Some aspects of the sensitivity to hallucinogenic drugs. In ROTHLIN, E., ed. — Neuro-Psychopharmacology. Amsterdam, Elsevier, 1961, vol. 2, pp. 44-47.*
- 7 — BARROS, J. de C. — *Histopatologia do corpo caloso no alcoolismo crônico (Molestia de Marchiafava e Bignami). Tese — Fac. Med., São Paulo, 1932.*
- 8 — BARUK, H. — *Traité de Psychiatrie. Paris, Masson, 1959. vol. 1, pp. 620-634.*
- 9 — BASTOS, F. de O. & ARRUDA, J. — *Narcoanálise. Arq. Neuropsiquiat. (S. Paulo)* **2**: 465-471, 1944.
- 10 — BERINGER, K. — *Apud JASPERS, K. (59)*
- 11 — BINOIS, R. & LEFETZ, M. — *Détérioration Psychologique dans l'Intoxication Éthylique Chronique. Paris, Masson, 1962. pp.1-82.*
- 12 — BINSWANGER — *Apud MIRA y LOPES, E. — Psiquiatria. 4ª ed. Buenos Aires, Ateneo, 1954. vol. 2, p. 204.*

- 13 — BIRNBAUM — Apud LOPES, J. L. — As Dimensões do Diagnóstico Psiquiátrico. Contribuição para a sua Sistematização. Rio de Janeiro, Agir, 1954. pp. 75-83.
- 14 — BLEULER, E. — Demencia Precoz. El Grupo de las Esquizofrenias. Buenos Aires, Hormé Editorial Paidós, (s.d.) pp. 294-295.
- 15 — BONHÖFFER — Apud KRAEPELIN, E. (62).
- 16 — BONHÖFFER — Apud SCHNEIDER, K. (94).
- 17 — BÖSZÖRMÉNYI, Z. — Psilocybin and diethyltryptamine: two tryptamine hallucinogens. In ROTHLIN, E., ed. — Neuro-Psychopharmacology. Amsterdam, Elsevier, 1961, vol. 2, pp. 226-229.
- 18 — BRACK, A. — Rapport sur les expériences personnelles (auto-expérimentation) avec la psilocybine. In HEIM, R. WASSON, R. G. — Les champignons hallucinogènes du Mexique. In Extrait. Les effets psychiques. Arch. Muséum Nat. Hist. Naturelle (série 7) 6: 280-282, 1959.
- 19 — BRODEY, J. F.; STEINER, W. G. & HIMWICH, H. E. — An electrographic study of psilocin and 4-methyl- amethyl tryptamine. J. Pharmacol. exp. Ther. 140: 8-18, 1963.
- 20 — CABALEIRO GOAS, M. — Temas Psiquiátricos. Madrid, Edit. Paz Montalvo, 1959. pp. 757-763.
- 21 — CAILLEUX, R. — Trois essais d'ingestion avec les psilocybes hallucinogènes. In HEIM, R. WASSON, R. G. — Les champignons hallucinogènes du Mexique. In Extrait. Les effets psychiques. Arch. Muséum Nat. Hist. Naturelle (série 7) 6: 283-285, 1959.
- 22 — CARGNELLO, D. — Gli aspetti psicopatologici della intossicazione sperimentale da LSD nei normali; lo psicomia da LSD (1958). In SAGGI, Di U; De GIACOMO; MORSELLI, G.E.; CARGNELLO, D.; CALIERI, B.; GIBERTI, F. TONINI, E. G. — Le Psicosi Sperimentali. 1ª ed. Milano, Feltrinelli, 1962. pp. 61-139.
- 23 — CERLETTI, A. — Étude pharmacologique de la psilocybine. In HEIM, R. WASSON, R. G. — Les champignons hallucinogènes du Mexique. In Extrait. Psilocybine et psilocine. Arch. Muséum Nat. Hist. Naturelle (série 7) 6: 268-271, 1959.
- 24 — CHAMBARD, E. Les Morphinomanes. Paris, Rueff, (s.d.) p.1.
- 25 — CHRISTIANSEN, A.; BAUM, R. & WITT, P. N. — Changes in spiders webs brought about by mescaline, psilocybin and an increase in body weight. J. Pharmacol. exp. Ther. 136: 31-37, 1962.

- 26 — CLINE, H. S. FREEMAN, H. — Resistance to lysergic acid in schizophrenic patients. Psychiat. Quart. 30: 676-683, 1956.
- 27 — COMITE DE EXPERTOS EN HIGIENE MENTAL; Subcomite de alcoholismo — 2º informe. Washington, Oficina Sanit. Panam. — Organizacion Mundial de la Salud, 1954. Publ. cient. n. 7. p. 15.
- 28 — DELAY, J. — Méthodes Biologiques en Clinique Psychiatrique. Paris, Masson, 1950. pp. 397-433.
- 29 — DELAY, J.; PICHOT, P. & PERSE, J. — Méthodes Psychométriques en Clinique. Text Mentaux et Interprétation. Paris, Masson, 1955. pp. 289-290.
- 30 — DELAY, J.; DENIKER, P.; RACHOT, M. & ROPERT, M. — La mescaline chez les malades mentaux (constatations cliniques) Ann. méd. — psychol. 2: 300-305, 1956.
- 31 — DELAY, J.; PICHOT, P.; LEMPERIÈRE, T.; NICOLAS-CHARLES, P. J. & QUÉTIN, A. M. — Étude psycho-physiologique et clinique de la psilocybine. In HEIM, R. WASSON, R. G. — Les champignons hallucinogènes du Mexique. In Extrait. Les effets psychiques. Arch. Muséum Nat. Hist. Naturelle (série 7) 6: 287-309, 1959.
- 32 — DITMAN, K. — Evaluation of drugs in the treatment of alcoholics. In CURTIS HOFF, H., ed. — Newer concepts of alcoholism and its treatment. Quarterly Journal of Studies on Alcohol Supplement n. 1, pp. 107-116, november 1961.
- 33 — DUPRÉ, E. — Pathologia de l'Imagination et de l'Émotivité. Paris, Payot, 1925. pp. 447-449.
- 34 — EY, H. — Manuel de Psychiatrie. Paris, Masson, 1960. pp. 665-669.
- 35 — FANCHAMPS, A. — La psychopharmacologie moderne et les drogues magiques mexicaines. Rev. méd. Suisse rom. 82: 15-31, 1962.
- 36 — FOLLIN, S. — La dépersonnalisation. In Enciclopedia Médico-Chirurgicale. Paris, Laffont et Durieux. vol. I (Psychiatrie) pp. 37125 A 10 p. I — a 7.
- 37 — FORTES, J. R. de A. — Etilismo crônico e crises convulsivas (a propósito de 40 casos). Tese — Fac. Med., São Paulo, 1959. Separata dos Arq. Dep. Assist. Psicop. S. Paulo 25/26: 219-249, 1959/60.
- 38 — FORTES, J. R. de A. — Alcoolismo e saúde mental. Arq. Hig. (S. Paulo) 25: 107-110, 1960.

- 39 — FORTES, J. R. de A. — Assistência aos alcoólatras; clínicas especializadas. 1ª Semana de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal do aPraná, Londrina, 1960.
- 40 — FORTES, J. R. de A.; PENNA, J.M.R.; BAPTISTETE, E. & PENNA, M. W. — Relato de auto experiência com um psicodisléptico (psilocibina). *Bol. Clin. psiq.* 2: 186-192, 1963.
- 41 — FREYHAN, F. A. — The influence of specific and nospecific factors on the clinical effects of psychotropic drugs. *In* ROTHLIN, E., ed. — *Neuro-Psychopharmacology*. Amsterdam, Elsevier, 1961. vol. 2, pp. 189-203.
- 42 — GESSNER, P. K.; KHAIRALLAH, P. A.; McISAAC, W. M. & PAGE, I. H. — The relationship between the metabolic fate and pharmacological actions of serotonin, bufotenine and psilocybin. *J. Pharmacol. exp. Ther.* 130: 126, 1960.
- 43 — GIBERTI, F. & GREGORETTI, L. — Contributo allo studio psicofarmacologico delle depressione e dell' ansia: Nota II. Ricerche con l'impiego della LAE 32 e della psilocybin. *Le Sindromi Depressive*, Atti del Symposium, Rapallo, 1960.
- 44 — GREENSFIELD, J. B. — *Neuropathology*. London, Arnold, 1958. p. 254.
- 45 — GREGORETTI, L. & SINISI, C. — Indagini farmaco-psichiatriche con psilocybin. *Rev. sper. Freniat.* 86: 846-860, 1962.
- 46 — HARTMAN, A. M. & HOLLISTER, L. E. — Effect of mescaline, lysergic acid diethylamide and psilocybin on color perception. *Psychopharmacologia (Berl.)* 4: 441-451, 1963.
- 47 — HEIM, R. — Analyse des premières expériences produites par l'ingestion des agarics hallucinogènes du Mexique. *In* HEIM, R. WASSON, R. G. — *Les champignons hallucinogènes du Mexique*. *In* Extrait. Les effets psychiques. *Arch. Muséum Nat. Hist. Naturelle (série 7)* 6: 273-278, 1959.
- 48 — HEIM, R. — Les investigations anciennes et récents propos aux agarics halucinogènes du Mexique, a leur action et aux substances qui en sont responsables. *Actualités pharmacol. douzième série*, pp. 173-174, 1959.
- 49 — HEIM, R. & HOFMANN, A. — La psilocybine et la psilocine chez les psilocybes et strophaires hallucinogènes. *In* HEIM, R. WASSON, R. G. — *Les champignons hallucinogènes du Mexique*. *In* Extrait. Psilocybine et psilocine. *Arch. Muséum Nat. Hist. Naturelle (série 7)* 6: 258-262, 1959.

- 50 — HEIM, R.; BRACK, A.; KOBEL, H.; HOFMANN, A. & CAILLEUX, R. — Psilocybine et psilocine; I. Déterminisme de la formation des carpophores, et éventuellement des sclérotés, dans les cultures des agarics hallucinogènes du Mexique et mise en évidence de la psilocyne et de la psilocine. *In* HEIM, R. WASSON, R. G. — *Les champignons hallucinogènes du Mexique*. *In* Extrait. Psilocybine et psilocine. *Arch. Muséum Nat. Hist. Naturelle (série 7)* 6: 247-254, 1959.
- 51 — HERNÁNDEZ, F. — Apud HEIM, R. — Les effets psychiques; auto-experiences prealables. I. Analyse des premières expériences produites par l'ingestion des agarics hallucinogènes du Mexique. *In* Extrait. Les effets psychiques. *Arch. Muséum Nat. Hist. Naturelle (série 7)* 6: 277, 1959.
- 52 — HEUYER, G. — A narcoanálise na prática medico-legal. Ata da 34ª Reunião da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina em 26 de agosto de 1953.
- 53 — HOFMANN, A. — Rapport sur une auto-expérience avec le psilocybe mexicana Heim. *In* HEIM, R. WASSON, R. G. — *Les champignons hallucinogènes du Mexique*. *In* Extrait. Les effets psychiques. *Arch. Muséum Nat. Hist. Naturelle (série 7)* 6: 278-280, 1959.
- 54 — HOFMANN, A.; FREY, A.; OTT, H.; PETRZILKA, Th. & TROXLER, F. — Détermination de la structure et synthèse de la psilocybine. *In* HEIM, R. WASSON, R.G. — *Les champignons hallucinogènes du Mexique*. *In* Extrait. Psilocybine et psilocine. *Arch. Muséum Nat. Hist. Naturelle (série 7)* 6: 263-267, 1959.
- 55 — HOFMANN, A.; HEIM, R.; BRACK, A. & KOBEL, H. — La psilocybine, principe actif psychotrope extrait du champignon hallucinogène; psilocybine mexicana Heim. *In* HEIM, R. WASSON, R. G. — *Les champignons hallucinogènes du Mexique*. *In* Extrait. Psilocybine et psilocine. *Arch. Muséum Nat. Hist. Naturelle (série 7)* 6: 255-257, 1959.
- 56 — HORITA, A. — Some biochemical studies on psilocybin and psilocin. *J. Neuropsychiat.* 4: 270-273, 1963.
- 57 — HORSLEY, S. — Apud LOPEZ IBOR, J. J. (70).
- 58 — ISBELL, H. — Comparison of the reactions induced by psilocybin and LSD-25 in man. *Psychopharmacologia (Berl.)* 1: 29-38, 1959.
- 59 — JASPERS, K. — *Psicopatologia General*. Trad. da 5ª ed., de Roberto O. Saubidet e Diego A. Santillán. Buenos Aires, Beta, 1950. pp. 121-540.

- 60 — De JONG — Apud BARUK, H (8).
- 61 — KIRCHER & PIERSON — Toxicomanie et atrophie cérébrale; essais thérapeutiques bases sur la pneumoencéphalographie. *Rev. neurol.* **94**: 607-610, 1956.
- 62 — KRAEPELIN, E. — Trattato di Psichiatria. Trad. da 7ª ed. Milão, Vallardi, 1907. vol. 2, pp. 52-103.
- 63 — KRAEPELIN, E. — Apud SCHENEIDER, K. (94).
- 64 — KRETSCHMER, E. — Constitución y Carácter. Barcelona, Labor, 1961.
- 65 — LAFON, R.; MONNIER, P. & MINVIELLE, J. — Étude comparée de l'électrophorèse des protides du sérum et du liquide céphalo-rachidien dans les encéphalopathies alcooliques. *Rev. neurol.* **94**: 588-591, 1956.
- 66 — LAFON, R.; PAGES, P.; PASSOUANT, P.; LABAUGE, R.; MINVIELLE, J. & CADILHAC, J. — Les données de la pneumo-encéphalographie et de l'électroencéphalographie au cours de l'alcoolisme chronique. *Rev. neurol.* **94**: 611-616, 1956.
- 67 — LEGRAIN, M. — Hérité et Alcoolisme. Paris, Octave Doin, 1889. pp. 328-331.
- 68 — LEGRAND Du SAULLE — Traité de Médecine Légale. Paris, Adrian Dalahaye et Émile Lecrosnier, 1886. pp. 801-824.
- 69 — LEMERE, F. — The nature and significance of brain damage from alcoholism. *Amer. J. Psychiat.* **113**: 361-362, 1956.
- 70 — LOPEZ IBOR, J. J. — Los Problemas de las Enfermedades Mentales. Barcelona, Labor, 1949. pp. 55-59.
- 71 — MACLEAN, R.; MACDONALD, J.; ULTAN, P. B. & HUBBARD, A. M. — The use of LSD-25 in the treatment of alcoholism and other psychiatric problems. *Quart. J. Stud. Alcohol* **22**: 34-45, 1961.
- 72 — MAFFEI, W. E. — As Bases Anatomo-Patológicas da Neuropsiquiatria e Psiquiatria. São Paulo, Imprensa Metodista, 1951. vol. 1, pp. 247-249.
- 73 — MAGNAN — Apud ZILBOORG, G. & HENRY, G. W. — Historia de la Psicología Médica. Buenos Aires, Hachette, 1945. pp. 464-465.
- 74 — MALITZ, S. — The volunteer as a variable in psychotropic drug assessment: a follow-up study. In ROTHLIN, E., ed. — *Neuro-Psychopharmacology*. Amsterdam, Elsevier, 1961. pp. 255-257.

- 75 — MAYER-GROSS, W.; SLATER, E. & ROTH, M. — Psiquiatria Clínica. Buenos Aires, Paidós, 1958. Vol. 2, pp. 76-122.
- 76 — MENNINGER, K. A. — El Hombre Contra si Mismo. Buenos Aires, Losada, (s. d.) pp. 158-179.
- 77 — MOREAU De TOURS — Apud JASPERS, K. (59).
- 78 — MORSELLI, G. E. — Contributo allo studio delle turbe da mesalina. In Di SAGGI, U.; De GIACOMO; MORSELLI, G. E.; CARGNELLO, D.; CALLIERI, B.; GIBERTI, F. TONINI, E. G. — *Le Psicosi Sperimentali*. 1ª ed. Milano, Feltrinelli, 1962. pp. 35-61.
- 79 — NIETO, D. — Psicosis experimentales con psilocybina. *Neurología y Psiquiatría (México)* **3**: 140-147, 1962.
- 80 — OSMOND, H. — A review of the clinical effects of psychotomimetic agents. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* **66**: 418-434, 1957.
- 81 — PACHECO e SILVA, A. C.; CARVALHO, H. M. de; FORTES, J. R. de A.; ARANTES, C. R.; MARTINS, C. & CARDO, W. N. — Biological treatment of mental illness in South America. In II Internacional Conference Biological Treatment of Mental Illness. Section VII. Biological Therapies in Various Countries. New York, Manfred Sakel Foundation, 1962.
- 82 — PATERSON, A. S. — Electrical and Drug Treatment in Psychiatry. London, Elsevier, 1963. pp. 187-188.
- 83 — PICHOT, P. — L'évaluation des modifications du comportement humain sous l'influence des drogues psychotropes. In ROTHLIN, E., ed. — *Neuro-Psychopharmacology*. Amsterdam, Elsevier, 1961. vol. 2, pp. 304-318.
- 84 — POROT, A. — Dicionário de Psiquiatria y Clínica y Terapéutica. Barcelona, Labor, 1962. pp. 379-380.
- 85 — POSTEL, J. & COSSA, P. — La thérapeutique para la psychose induite (mescaline et chlorpromazine). *Ann. méd.-psychol.* **2**: 254-262, 1956.
- 86 — RADO, S. — Narcotic bondage; a general theory of the dependence on narcotic drugs. *Amer. J. Psychiat.* **114**: 165-170, 1957.
- 87 — RÉGIS, E. — Précis de Psychiatrie. 5ª ed. Paris, Octave Doin, 1914. p. 570.
- 88 — RIBAS, J. C. — Aspectos psiquiátricos da intoxicação anfetamínica. Tese — Esc. Paul. Med., São Paulo, 1962. pp. 84-85.
- 89 — RIBOT, T. — La psychologie des Sentiments. Paris, Félix Alcan, 1897. p. 161.

- 90 — RINKEL, M.; DIMASCIO, A.; ROBEY, A. & ATWELL, C. — Personality patterns and reaction to psilocybine. In ROTHLIN, E., ed. — Neuro-Psychopharmacology. Amsterdam, Elsevier, 1961. vol. 2, pp. 273-279.
- 91 — SANGUINETI, I.; ZAPPAROLI, G. C. & LARICCHIA, R. — Studio clínico-biológico delle reazioni indotte dal solfato di mescalina e dall'acido lisérgico (lsd 25) in malati di mente. Riv. sper. Freniat. **80**: 887-918, 1956.
- 92 — SAVOY, C. V. & ZIONI, A. M. — A posição legal da Prefeitura de São Paulo frente ao problema do alcoolismo crônico entre os servidores municipais. V Congresso Nacional de Psiquiatria, Neurologia e Higiene Mental, Salvador, 1958.
- 93 — SAVOY, C. V.; ZIONI, A.M.; FORTES, J. R. de A. & CHAIN, A. F. — O alcoolismo crônico entre os servidores municipais de S. Paulo. Arq. méd. munic. (S. Paulo) **6**: 119-132, 1954.
- 94 — SCHENEIDER, K. — Problemas de Patopsicologia y de Psiquiatria Clínica. 1ª ed. Madrid, Morata, 1947. pp. 28-40.
- 95 — SELZER, M. L. — Personality versus intoxication as critical factor in accidents caused by alcoholic drivers. J. nerv. ment. Dis. **132**: 298-303, 1961.
- 96 — SIMÕES, E. V.; SILVA, B. B.; DOMINGUES, J. B.; SILVA, P. & CAPP, A. B. — Drogas psicotrópicas. Pub. méd. (S. Paulo) **33**: 67-104, 1962.
- 97 — SMITH, C. M. — A new adjunct to the treatment of alcoholism: the hallucinogenic drugs. Quart. J. Stud. Alcohol **19**: 406-417, 1958.
- 98 — STÉVENIN, L. & BENOIT, J. C. — A propos de l'utilisation des substances dysléptiques en psychothérapie; résultats favorables de séances répétées. Encéphale **49**: 428-343, 1960.
- 99 — STOLL, A. & HOFMANN, A. — Apud MAYER-GROSS, W. (75).
- 100 — THOMPSON, G. N. — Acute and chronic alcoholic conditions. In ARIETI, S., ed. — American Handbook of Psychiatry. New York, Basic Books, 1959. vol. 2, pp. 1204-1206.
- 101 — TROUSSEAU — Apud SAVY — Traité de Thérapeutique. Paris, Mason, 1938. p. 11.
- 102 — UCHÔA, D. M. — Sôbre a psicopatologia da despersonalização. Arq. Dep. Assist. Psicop. S. Paulo **25/26**: 5-156, 1959/60.

- 103 — Van Der HORST, L. — L'influence des facteurs spécifiques et non-spécifiques sur les effets cliniques engendrés par l'emploi de LSD. In ROTHLIN, E., ed. — Neuro-Psychopharmacology. Amsterdam, Elsevier, 1961. vol. 2, pp. 282-284.
- 104 — WASSON, G. R. — Notes on the present status of ololiuhqui and the other hallucinogens of Mexico. Separata de Botanical Museum Leaflets. Harvard Univ. **20**: 161-193, 1963.
- 105 — WILKENS, B.; MALITZ, S. & ESECOVER, H. — Clinical observations of simultaneous hallucinogen administration in identical twins. Amer. J. Psychiat. **118**: 815-818, 1962.
- 106 — WILLIAMS, L. — The problem of chronic alcoholism. Practitioner **184**: 739-748, 1960.

**NOTA:** Para as abreviações dos títulos dos periódicos seguiu-se o critério adotado pela obra: World Medical Periodicals. 3ª ed., New York, World Med. Ass., 1961.