

DELÍRIOS E OS LIMITES EXPLANATÓRIOS DA PSICOLOGIA DO SENSO COMUM

Delusions and explanatory limits of folk psychology

José Eduardo Porcher *

Resumo: Neste artigo, examinarei a controvérsia sobre como melhor definir o delírio—um sintoma central de patologias como a esquizofrenia e a demência—e apresentarei algumas das principais dificuldades envolvidas em sua caracterização como *crenças*. A partir disso, tirarei conclusões sobre os limites do vocabulário mentalista da dita *psicologia do senso comum* e sobre a forma como delírios e outros fenômenos elusivos devem ser propriamente caracterizados pela psiquiatria para que uma explicação integrativa destes seja alcançada.

Palavras-chave: Delírio. Crença. Psicologia do senso comum. Explicação em psiquiatria

Abstract: In this paper I will examine the controversy over how to best define delusion—a central symptom of pathologies such as schizophrenia and dementia—and will present some of the main difficulties involved in their characterization as *beliefs*. From this, I will draw conclusions about the limits of the mentalist vocabulary of so-called *folk psychology* and about the way in which delusions and other elusive phenomena should properly be characterized by psychiatry in order that an integrative explanation of them may be achieved.

Keywords: Delusion. Belief. Folk psychology. Explanation in psychiatry..

* Pós-Doutorando do Programa de Pós-graduação em Filosofia da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Bolsista PNPd/CAPES. Email: jeporcher@gmail.com

Introdução

O delírio é um dos constructos mais importantes usados por psiquiatras para diagnosticar pacientes que, julga-se, perderam o contato com a realidade, e a sua detecção possui importantes implicações para o diagnóstico e o tratamento de patologias mentais, bem como para a predição de comportamento e a atribuição de responsabilidade. Mesmo assim, o uso clínico do termo ‘delírio’ e a distinção entre delírios e outros estados mentais anômalos envolve diversas dificuldades. Como se verá, a tarefa de definir o que são delírios é complexa, apesar da confiabilidade interavaliadores do seu diagnóstico (BELL et al., 2006). Todavia, para além de conclusões negativas sobre a nosologia psiquiátrica, pretendo tornar explícito que filósofos têm a ganhar com o debate sobre a natureza e a atribuição dos delírios, e que podem desempenhar um papel importante na fundamentação da nova neuropsiquiatria cognitiva.

1 Crenças extraordinárias

Antes de me deter no conceito de delírio, é importante que tenhamos alguma clareza sobre o fenômeno cuja caracterização irei examinar. Eis alguns exemplos de proposições professadas no contexto clínico.

- “Meu esposo foi abduzido e substituído por um impostor idêntico”.
- “Eu estou morto”.
- “Um conhecido meu que está morto está aqui no hospital”.
- “Este braço não é meu, é seu”.
- “Uma celebridade está secretamente apaixonada por mim”.
- “Alguém está controlando as minhas ações”.
- “Pensamentos de outra pessoa estão sendo inseridos na minha mente”.
- “Eu estou sendo constantemente perseguido por agentes do governo”.

Dentre estes, os últimos três delírios são especialmente comuns em pacientes com esquizofrenia e tendem a ocorrer no contexto de um sistema deliroide, em cujo caso o paciente possui delírios politêmáticos. Um caso célebre é o do juiz alemão Daniel Paul Schreber, que registrou por escrito e em detalhes minuciosos os seus delírios. Dentre as várias coisas que Schreber professava, uma das mais surpreendentes era que Deus o estava transformando em uma mulher para que fosse fecundado por raios divinos e, assim, criasse uma nova raça de homens, redimindo o mundo e devolvendo-lhe seu estado perdido de beatitude (SCHREBER, 1903/2000). Mais recentemente, o caso do matemático John Nash ganhou atenção, com o lançamento da sua biografia (NASAR, 1998), quatro anos após este receber o

<i>intuitio</i>	ISSN 1983-4012	Porto Alegre	Vol.8 – Nº.1	Junho 2015	p.185-197
-----------------	-------------------	--------------	--------------	---------------	-----------

Prêmio Nobel de Economia. Dentre as coisas que Nash professava antes da sua hospitalização, a principal era que este estava participando em esforços para a formação de um governo mundial, no qual ele seria o imperador da Antártida. Durante a sua hospitalização, Nash afirmava que era o pé esquerdo de Deus, e que Deus estava caminhando sobre a Terra.

2 A definição de delírio

Apesar de ser um dos principais sinais diagnósticos da esquizofrenia (juntamente com alucinações) e ter sido objeto de grande atenção por psiquiatras, o delírio não havia sido definido nas primeiras duas edições do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM), de 1952 e 1968. Com a introdução da seção ‘Glossário de Termos Técnicos’ no DSM-III, de 1980, o manual passou a contar com uma definição clínica de delírio. Esta foi mantida no DSM-IV, de 1994, e, novamente, no DSM-5:

Uma crença falsa baseada em inferência incorreta sobre a realidade externa, que é mantida firmemente apesar do que creem quase todos os outros e apesar do que constitui prova ou evidência incontrovertível e óbvia do contrário. A crença não é ordinariamente aceita por outros membros da cultura ou subcultura da pessoa (i.e., não é um artigo de fé religiosa). Quando uma crença falsa envolve um juízo de valor, ela é considerada um delírio apenas quando o juízo é extremo o suficiente para desafiar sua credibilidade. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 819)

Essa definição caracteriza os delírios em termos estritamente epistêmicos e, por isso, é passível de crítica por aqueles que julgam que uma definição clínica do fenômeno em questão deveria abarcar as repercussões negativas que estes possuem na vida do sujeito e daqueles que os cercam. Mais importante para os nossos propósitos, porém, são os problemas oferecidos pelos termos epistêmicos nos quais esta está enquadrada. Uma crença verdadeira não poderia ser um delírio, contanto que o sujeito não possuísse qualquer boa razão para sustentar a crença? Delírios realmente têm que ser crenças—eles não poderiam ser, ao invés disso, estados imaginativos que são tomados por crenças pelo sujeito? Todos os delírios têm que ser baseados em inferências? Não há delírios que não são sobre a realidade externa? Não poderia uma crença sustentada por todos os membros de uma comunidade ainda assim ser deliroide?

No que segue, me deterei brevemente nas duas primeiras questões levantadas acima e, logo depois, darei maior atenção à terceira, que norteará o restante desta discussão. A quarta questão não necessita maior desenvolvimento, na medida em que não há, de fato, razão para qualificar o delírio como se tratando da realidade externa por definição: vide, por exemplo, expressões de delírios de inserção de pensamento (‘meus pensamentos não são meus, alguém está inserindo seus pensamentos na minha mente’). A quinta questão, por outro lado, é digna de atenção e merece ser discutida à parte (MURPHY, 2013), mas está para além do escopo da presente investigação.

2.1 Falsidade

A noção de falsidade é problemática quando aplicada ao delírio, em primeiro lugar, pois um delírio pode ser uma crença verdadeira (SPITZER, 1990). Considere-se um caso de síndrome de Otelo discutido por Karl Jaspers (1913/1963). Neste, em decorrência do estresse causado pelo convívio com o ciúme patológico do seu marido, a esposa do paciente se consola nos braços de um amigo. Mesmo que inicialmente sua crença na infidelidade do seu cônjuge fosse falsa, é plausível afirmar que ela não deixa de ser deliroide em virtude do fato de que sua esposa passa a ter uma relação extraconjugal, na medida em que o paciente não tenha evidência de que essa nova relação teve início. Em outras palavras, nada mudou na mente do sujeito. A intuição subjacente, portanto, é que o que importa para a caracterização epistemológica do delírio não é a falsidade da crença mantida pelo paciente, mas a *justificação* que este possui para mantê-la (ou melhor, a falta desta).

Em segundo lugar, a falsidade, apesar de aplicável a certos delírios, pode permanecer indeterminada no contexto clínico. Apesar de proposições como ‘Eu estou sendo constantemente perseguido por agentes do governo’ ou ‘Uma celebridade está secretamente apaixonada por mim’ possuírem valor de verdade, este normalmente será de difícil acesso e irrelevante àquele que diagnostica o delírio. Não fará parte do diagnóstico do delírio de perseguição, por exemplo, uma investigação minuciosa que venha a demonstrar que, de fato, o governo não está perseguindo o paciente.

Em terceiro lugar, a falsidade pode ser isenta de aplicação. Isso ocorre quando o conteúdo do delírio simplesmente não é falsificável. Exemplos disso são asserções como ‘Os pensamentos de outra pessoa estão sendo inseridos na minha mente’ ou a asserção de Schreber segundo a qual Deus lhe estaria transformando em uma mulher para que ele fosse fecundado por raios divinos.

2.2 Inferência

Em primeiro lugar, a noção de inferência incorreta usada na definição do DSM é ambígua (LEESER E O’DONOHUE, 1999). Ela pode se referir ao envolvimento de uma falácia dedutiva formal ou informal, e.g. *ad hominem*, afirmação do conseqüente, etc.; o envolvimento de uma regra de inferência válida mas com uma ou mais premissas falsas, e.g. ‘eu sou um homem; todos os homens são espiões; logo, eu sou um espião’; o envolvimento de um argumento indutivo fraco, e.g. ‘ Φ possui uma probabilidade de 0.3; logo, Φ ’; ou, ainda, o envolvimento de uma forma de argumento indutivo forte com uma ou mais premissas falsas, e.g. em uma amostra representativa, 90% dos cidadãos portoalegrenses examinados são homens; logo, 90% dos portoalegrenses são homens.

Não está claro qual dessas possibilidades, ou qual combinação delas, a definição quer abarcar. Mais importante, porém, é o fato de que é *prematureo* que uma definição corrente faça referência à

<i>intuitio</i>	ISSN 1983-4012	Porto Alegre	Vol.8 – Nº.1	Junho 2015	p.185-197
-----------------	-------------------	--------------	--------------	---------------	-----------

etiologia dos delírios, visto que esta é heterogênea e não dispomos de teorias unificadoras empiricamente comprovadas (COLTHEART, LANGDON e McKAY, 2007). Todavia, há respaldo teórico para a ideia de que a inferência na qual o paciente de delírios engaja não é necessariamente incorreta. Brendan Maher (1988) defende que delírios são explicações racionais para experiências anômalas, fazendo eco a William James, que escreveu, cem anos antes: ‘Os delírios dos insanos estão aptos a afetar certas formas típicas, frequentemente difíceis de explicar. Mas em muitos casos eles certamente são teorias que os pacientes inventam para dar conta das suas sensações corpóreas’ (1890/2007, p. 114).

A explicação aludida por James e por Maher é alcançada mediante uma inferência abduativa (COLTHEART, MENZIES e SUTTON, 2010). Em um caso de delírio monotemático, como o delírio de Capgras, a pergunta é: ‘O que pode explicar o fato de que não possuo reação autonômica a essa mulher, que é idêntica à minha esposa?’. E a resposta: ‘Esta mulher não é minha esposa’. (Isso não significa, é claro, que a experiência de não se ter uma reação autonômica normal é *consciente*, tampouco a inferência abduativa que resulta na explicação desta.) Por outro lado, se não há razões óbvias para preferir uma explicação a outra, isto é, se diversas explicações possíveis se apresentam para dada experiência anômala, o resultado pode vir a ser a adoção de múltiplas crenças deliroides sobre o mundo (COLTHEART, 2013). Assim, delírios politemáticos, como os mais comumente presentes em quadros de esquizofrenia, seriam respostas a experiências ambíguas e abertas a múltiplas interpretações.

Porém, apesar de Maher caracterizar a formação de delírios como respostas amplamente racionais a experiências anômalas, indiscutivelmente presente em muitos, se não todos os delírios, parece irrazoável supor que formas de raciocínio tão impenetráveis à evidência e ao testemunho sejam propriamente caracterizadas como *racionais*. Se a racionalidade se trata de uma restrição *normativa* de consistência e coerência sobre a formação e manutenção de crenças, então parece ser violada de duas maneiras pelo sujeito de delírios. Primeiro, este aceita uma crença que é incoerente com o restante das suas crenças e, segundo, este se recusa a modificar sua crença face a evidências contrárias e, ademais, um conjunto de crenças de fundo que contradizem a crença deliroides (GERRANS, 2000).

No que diz respeito às causas dessa recusa, Robyn Langdon e Max Coltheart (2000) especulam que um déficit neurológico deve ser postulado. Isso condiz com o que se sabe a respeito da formação de delírios monotemáticos, cujas causas orgânicas são melhor conhecidas, mas não tanto com os delírios politemáticos dos pacientes com esquizofrenia. Outros, como Tony Stone e Andrew Young (1997), sugerem que formas tendenciosas ou enviesadas de raciocínio, unidas à experiência anômala, podem dar conta da formação e manutenção de crenças deliroides de maneira a impedir que atribuamos ampla racionalidade a sujeitos de delírios. Uma dessas formas parece ser a tendência a atribuir fracassos internos a elementos externos (MORITZ et al., 2007).

3 O estatuto doxástico dos delírios

Na filosofia da psicologia, uma pressuposição normativa de racionalidade fundamenta a ideia de que a descrição e interpretação de casos de comportamento irracional nos termos da dita *psicologia do senso comum*—termos como ‘crença’, ‘desejo’ e ‘intenção’—é sempre problemática. A vinculação do uso desses termos a uma suposição geral de racionalidade é amplamente apoiada na literatura filosófica:

Se formos inteligivelmente atribuir atitudes e crenças, ou utilmente descrever movimentos como comportamento, então estaremos empenhados em encontrar, no padrão de comportamento, crença e desejo, um elevado grau de racionalidade e coerência. (DAVIDSON, 1974, p. 237)

Diante dos colapsos flagrantes das funções cognitivas dos pacientes de certos delírios, não é surpreendente que a implausibilidade de se lhes atribuir crenças irrestritamente tenha sido sugerida, direta ou indiretamente, desde o florescimento da nosologia psiquiátrica, com Karl Jaspers (1913/1963) e Eugen Bleuler (1916/1924). Essas considerações fundamentam algumas das principais objeções ao estatuto de crença (ou ‘doxástico’) dos delírios.

3.1 Objeções a partir da má integração dos delírios

3.1.1 Ausência de evidência

Uma possível objeção consiste em apontar que pacientes aparentemente não possuem razões ou evidências que sustentem crença no conteúdo do seu delírio. Por mais fracas as razões ou tendenciosas as evidências que um sujeito engajado em alguma forma de irracionalidade não patológica como o autoengano possa angariar, elas mesmo assim constituem *algum* suporte. Em contraste com isso, considere o caso mencionado por Jaspers (1913/1963), de um paciente que olhou para uma fileira de mesas de mármore vazias em um café e se convenceu de que o mundo estava chegando ao fim. Não obstante a definição de delírio do DSM (que diz que este é mantido ‘apesar do que constitui incontrovertível e óbvia prova ou evidência do contrário’), é difícil compreender como a visão de algumas mesas de mármore poderia verificar a proposição ‘o mundo está chegando ao fim’. Por outro lado, há um considerável corpo de evidência contra a verdade do conteúdo do delírio ao qual o sujeito parece completamente insensível. Sendo assim, se aceitarmos haver uma relação *constitutiva* entre crença e evidência (mesmo no caso de crença irracional e evidência imprópria), isto é, se alguma responsividade à evidência é essencial à crença, então parece que em muitos casos não estaremos autorizados a afirmar que pacientes creem no conteúdo dos seus delírios. Isso abre caminho para o conjunto de objeções relativo ao que Lisa Bortolotti (2010) chama de *má integração*—aquelas que apontam que delírios não apresentam o mesmo tipo de relação que crenças possuem com outros estados mentais, com o comportamento, e com as emoções do sujeito. Isto é, que delírios não desempenham o papel funcional característico de crenças

estereotípicas.

3.1.2 Raciocínio teórico

Andrew Young (1999) nota que os estados mentais que caracterizam pacientes de delírios possuem certo grau de circunscrição que não é típico das crenças. Essa característica dos delírios fornece três objeções distintas ao estatuto doxástico dos delírios. A primeira e mais fundamental destas aponta para o que pode-se denominar *má integração inferencial*. Como afirmam Gregory Currie e Ian Ravenscroft: ‘Se alguém afirma que descobriu um tipo de crença que é peculiar em que não há obrigação de resolver ou mesmo de se preocupar com inconsistências entre estas crenças e crenças de qualquer outro tipo, então a resposta correta a ele é dizer que ele está falando de outra coisa que não crença’ (2002, p. 176).

Muitos pacientes com o delírio de Capgras, por exemplo, não inferem as consequências que o conteúdo do delírio sugere: a sua visão de mundo não parece mudar em consequência da suposta aquisição da crença de que seus cônjuges ou familiares foram abduzidos e que a pessoa que eles veem na sua frente é um impostor (DAVIES e COLTHEART, 2000). Qualquer que seja o estado mental desses pacientes, portanto, parece que ele é significativamente encapsulado, deixando de integrar-se à rede de crenças do sujeito. Porém, se crenças são o esteio do raciocínio teórico, embora alguém possa atribuir crença falsa a sujeitos por um sem-número de razões, um estado que não possui as conexões necessárias com os outros estados mentais do sujeito não parece poder ser propriamente descrito como uma crença. Como é exemplificado por Currie e Ravenscroft, essa perspectiva é especialmente adotada por autores que (tacita ou abertamente) esposam uma concepção forte da teleologia da crença—isto é, da ideia de que crenças se distinguem de outras atitudes cognitivas em virtude do seu *fim*, a saber, a verdade (VELLEMAN, 2000).

3.1.3 Raciocínio prático

A crença é a atitude cognitiva que possui as conexões mais importantes com a geração de ação. Em contraste com isso, muitos pacientes de delírios falham em agir do modo esperado de agentes que realmente creiam no conteúdo dos seus delírios (YOUNG, 1999). Esse fato parece ser consequência direta da má integração inferencial recém mencionada. Pode-se denominar essa característica *má integração comportamental*. Ela foi já notada por Bleuler que, durante sua longa carreira no hospital Burghölzli na Suíça, observou que seus pacientes com delírios raramente agiam de acordo: ‘Reis e imperadores, papas e dedentores engajam, na maior parte do tempo, em trabalho bastante banal ... Nenhum dos nossos generais tentou agir de acordo com a sua patente imaginária’ (1911/1950, 129). ‘Ainda que eles recusem admitir a verdade, eles se comportam como se a expressão devesse ser tomada apenas simbolicamente’ (1916/1924, 140). Do mesmo modo, pacientes de Capgras que afirmam com aparente sinceridade ‘Esta não é minha

<i>intuitio</i>	ISSN 1983-4012	Porto Alegre	Vol.8 – Nº.1	Junho 2015	p.185-197
-----------------	-------------------	--------------	--------------	---------------	-----------

esposa’ ou ‘Minha mãe foi substituída por uma impostora’ na maioria dos casos não vão, em consequência disso, à procura de seus entes queridos desaparecidos, nem chamam a polícia para procurá-los e para deter o impostor que está vivendo em sua casa.

3.1.4 Ausência de reação afetiva

Finalmente, pacientes de delírios muitas vezes falham em exibir as reações afetivas ou emocionais que se esperaria de uma pessoa que crê no conteúdo das suas asserções (SASS, 1994). Ou seja, delírios apresentam *má integração afetiva*: o que se observa é a falha de integração entre o estado deliroide dos sujeitos e as suas emoções. Pacientes de Capgras no mais das vezes permanecem emocionalmente inertes diante do destino dos seus entes queridos que, de acordo com a concepção doxástica, eles creem ter sido abduzidos. Por que eles não exibem as respostas afetivas apropriadas que as crenças relevantes nos levariam a esperar?

Como observa Bortolotti (2010), embora seja possível para um sistema de crenças que este possua alguma tensão interna, a maioria dos filósofos resiste à ideia de que sujeitos capazes de possuir crenças podem ter atitudes dissonantes simultaneamente ativadas e operantes no primeiro plano das suas mentes. As últimas três objeções dão a entender que os delírios não possuem o caráter holístico frequentemente atribuído às crenças: eles não respeitam a noção de um sistema coerente de crenças cujos ajustes com respeito a uma crença implicam ajustes a muitas outras. Visto isso, a atribuição de crenças no contexto dos delírios será apenas admissível depois que forem explicadas e justificadas essas disparidades entre os papéis desempenhados pelos delírios na economia cognitiva do sujeito e aqueles papéis que esperamos que as crenças desempenhem.

3.2 Objeções a partir da fenomenologia dos delírios

3.2.1 Ambivalência

Jennifer Radden (2011) formula seu argumento contra a teoria doxástica dos delírios a partir de características da fenomenologia dos delírios. A primeira destas, observada por Sass (1994), é que muitos pacientes esquizofrênicos parecem experienciar seus delírios e alucinações como tendo uma qualidade ou sensação especial que a distingue das suas crenças e percepções “reais”, ou da realidade como experienciada pela pessoa “normal”. Isso resulta muitas vezes em uma atitude ambivalente do paciente com respeito aos seus delírios e na presença de insights surpreendentes sobre a sua própria condição. Considere-se, por exemplo, o seguinte testemunho de um paciente de esquizofrenia citado por Sass (2004, p. 78):

Eu nunca mantive rigidamente minhas crenças sobre a Pepperidge Farm <uma

<i>intuitio</i>	ISSN 1983-4012	Porto Alegre	Vol.8 – Nº.1	Junho 2015	p.185-197
-----------------	-------------------	--------------	--------------	---------------	-----------

marca de bolos, biscoitos e pães> e aparelhos de microondas, mas elas sempre envolveram um sentimento forte de medo e aversão, relacionado ao meu sentimento de que nada existe—porém, eu tenho agido consistentemente, por um longo período de tempo, como se essas crenças fossem inquestionavelmente verdadeiras ... mas eu sempre tive uma dimensão de dúvida com respeito a essas crenças, e é claro que eu tenho consciência de quão profundamente irracionais elas soam aos outros ... Eu preferiria muito acreditar que estou delirando ao invés de acreditar que todos esses eventos e processos mágicos são reais.

Exemplos como este apresentam um problema para a cláusula da definição do DSM que determina que o delírio é ‘mantido firmemente’ (mesmo que, inquestionavelmente, muitos delírios sejam de fato mantidos firmemente). Mais importante do que isso, porém, essa ambivalência e distância com respeito ao próprio delírio anulam o poder explanatório e preditivo de uma atribuição de crença ao paciente.

3.2.2 Subjetividade

A segunda característica aludida por Radden, também inspirada por relatos de experiência, é o fato de que delírios nem sempre são tratados como representações, mas muitas vezes aparentam ser expressões do modo como o sujeito experiencia o mundo. Sass atribui a pacientes de delírios esquizofrênicos um fenômeno que denomina ‘dupla escrituração’ (*double bookkeeping*), se valendo de uma metáfora contábil: pacientes de delírios fariam “lançamentos” em dois livros mentais. Em um deles, seus pensamentos são tratados como crenças empíricas sujeitas ao ‘teste de realidade’ mediante o uso de padrões intersubjetivos de confirmação. A experiência de dor suscitada por uma dor de cabeça pode desencadear o pensamento ‘Eu tenho um tumor no cérebro’. Na ausência de um transtorno delirante, esse pensamento seria rapidamente cancelado pela consideração de causas alternativas (‘bati a cabeça ontem praticando jiu-jitsu’) ou pela consideração de que dores de cabeça raramente são indicativo de tumores no cérebro. Porém, para considerar tais alternativas temos que estar ao menos tacitamente comprometidos com o teste de nossas hipóteses conforme padrões *intersubjetivos* de evidência e argumento. O paciente de delírios, por sua vez, não estaria comprometido com tais padrões e não revisaria o lançamento, mas faria um lançamento em um segundo livro, no qual pensamentos são tratados não como crenças empíricas, mas expressões do modo como o ele experiencia a realidade.

3.3 Balanço das objeções

Assim como há contraexemplos a partir da má integração inferencial, prática e afetiva à atribuição de crenças deliroides, há, por outro lado, inúmeros casos que *não* apresentam tal circunscrição e, portanto, oferecem suporte a tal atribuição. Em uma revisão de 260 casos de delírios de identificação, como

<i>intuitio</i>	ISSN 1983-4012	Porto Alegre	Vol.8 – Nº.1	Junho 2015	p.185-197
-----------------	-------------------	--------------	--------------	---------------	-----------

Capgras, foi reportado que 18% dos casos envolveram violência (FÖRSTL et al., 1991). Muitos pacientes de Cotard demonstram algum comportamento relacionado ao delírio, como recusar a se mover, comer ou tomar banho (YOUNG e LEAFHEAD, 1996). Pacientes de erotomania comumente agem a partir do seu delírio (O'DWYER, 1990). E um estudo determinou que 77% de um grupo de 59 pacientes agiu com base no seu delírio no mês anterior à admissão (WESSELY et al., 1993). Sendo assim, as objeções a partir da má integração dos delírios possui, no máximo, a capacidade de minar a *generalidade* de uma concepção doxástica, sem com isso estabelecer a generalidade de uma explicação anti-doxástica. Mas note-se que isso deveria ser uma consequência previsível quando estamos tratando de uma categoria altamente heterogênea como a que compreende os delírios. Da mesma forma, apesar de as características de ambivalência e subjetividade reportadas por alguns pacientes deporem contra a atribuição de crença a esses pacientes, nem Sass nem Radden reivindicam que estas são propriedades *definidoras* dos delírios.

O que fazer, portanto? Devemos concluir, mesmo assim, que delírios não são crenças? Devemos procurar caracterizar delírios como pertencendo a outro tipo de atitude proposicional, como uma forma de imaginação (CURRIE e RAVENSCROFT, 2002), ou uma atitude híbrida entre crença e imaginação (EGAN, 2009) ou, ainda, um tipo de atitude proposicional *sui generis*, a qual apenas delírios pertençam (STEPHENS e GRAHAM, 2005)?

4 Os limites da psicologia do senso comum

Proponho duas conclusões a partir do debate esboçado acima. A primeira delas é que a categoria da psicologia do senso comum, ‘crença’, embora seja aplicada com sucesso em um grande número de situações, perde seu poder explanatório e preditivo em ao menos uma parte substancial dos casos de delírio—o que é demonstrado pelo exame do debate sobre o estatuto doxástico dos delírios. Isso somente surpreenderia a quem erroneamente esperasse de um jargão popular um grande nível de precisão (uma expectativa certamente alimentada pelo amplo uso desse jargão na ciência cognitiva).

Porém, não há uma linha que divida precisamente o que definitivamente é um caso de crença daquilo que definitivamente não é. O debate sobre a natureza do delírio é complicado pelo fato de que não há consenso sobre o quanto um estado mental pode se afastar de padrões de racionalidade e integração antes que este deixe de ser denominado uma crença. Assim, delírios serão racionais, irracionais ou não-racionais conforme as inclinações teóricas de cada um. Desse modo, ‘crê que *p*’ deve ser reconhecido como um predicado vago que admite casos vagos (SCHWITZGEBEL, 2012). Em casos intermediários de predicados vagos canônicos como ‘alto’, a adequação da atribuição do predicado varia contextualmente, e muitas vezes a melhor abordagem é recusar simplesmente atribuir ou deixar de atribuir o predicado e, ao invés disso, especificá-lo em maior detalhe (e.g. ‘fulano tem um metro e setenta e nove de altura’). Sugiro que adotemos a mesma postura para com os casos de difícil atribuição que temos discutido. Nesses

casos—que certamente não se limitam a casos de delírios, mas a muitos outros como vieses implícitos, negação e autoengano—as atribuições mais cuidadosas se absterão de atribuir ou negar a crença irrestritamente.

A confusão causada pela ausência de critérios precisos para a atribuição de crença e racionalidade prejudica psicólogos, clínicos e neurocientistas que trabalham em busca de correlatos do delírio, como vieses cognitivos, lapsos de memória de trabalho, padrões não usuais de atividade cerebral como distribuições não usuais de receptores de dopamina ou irregularidades de processamento sináptico, entre outros. Serão estes os substratos da fixação de ‘crenças’ segundo princípios de inferência racionais, ou algum outro tipo de processo cognitivo? A moral aqui não é que devemos buscar uma caracterização melhor invocando *outro* tipo de atitude proposicional—que estará sujeito à mesma vagueza das outras categorias da psicologia do senso comum—mas sim que devemos buscar uma caracterização precisa dos fenômenos que queremos descrever onde esta pode, de fato, ser encontrada. Assim, a segunda conclusão que proponho é que não devemos deixar que nossas caracterizações do delírio (e de distúrbios psiquiátricos em geral) determinem o que ocorre nos níveis de explicação da neurociência cognitiva, mas o inverso: a ideia é que determinemos as propriedades cognitivas dos sistemas neurais envolvidos em determinado distúrbio e expressemos a explicação em termos de processos cognitivos (GERRANS, 2013). Isso não acarreta um eliminativismo com respeito ao vocabulário do nível pessoal, sob condição de que este possa ser mapeado contra o pano de fundo da nossa melhor teoria cognitiva.

Um desafio conceitual pendente trata-se, portanto, de que tipo de metodologia tal mapeamento deve seguir. Uma possibilidade é que siga a metodologia intervencionista segundo a qual uma boa explicação é atingida quando podemos previsivelmente intervir e manipular componentes de um sistema (WOODWARD, 2008). Para tanto, precisamos ter boa compreensão dos mecanismos básicos que o compreendem. Esta está ausente nas caracterizações de delírios que investem em terminologia derivada da psicologia do senso comum, pela simples razão de que uma noção como ‘crença’ *abstrai* de processos cognitivos e neurais sem oferecer, em troca, nada de substantivo em termos explanatórios. Assim, se concordarmos que o objetivo explanatório da psiquiatria deve ser uma explicação integrativa que nos permita passar da mera correlação à explicação causal—demonstrando como mecanismos em diferentes níveis do sujeito, do neural ao pessoal, se situam em relações de mútua manipulabilidade, por exemplo—então se torna claro que devemos abandonar caracterizações doxásticas em favor de explicações que deem conta das características dos delírios que tornam tais caracterizações incompletas e imprecisas.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5a ed.

<i>intuitio</i>	ISSN 1983-4012	Porto Alegre	Vol.8 – Nº.1	Junho 2015	p.185-197
-----------------	-------------------	--------------	--------------	---------------	-----------

- Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- BELL, V., HALLIGAN, P.W. & ELLIS, H.D. “Diagnosing delusions: a review of inter-rater reliability”. In: *Schizophrenia Research* 86, pp. 76–79, 2006. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2006.06.025>
- BLEULER, E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. Trad. Joseph Zinkin. New York: International Universities Press, 1950.
- _____. *Textbook of Psychiatry*. Trad. A.A. Brill. 4a ed. New York: Macmillan, 1924.
- BORTOLOTTI, L. *Delusions and Other Irrational Beliefs*. New York: Oxford University Press, 2010.
- COLTHEART, M. “On the Distinction between Monothematic and Polythematic Delusions”. In: *Mind & Language*, 28/1, pp. 103–112, 2013. <http://dx.doi.org/10.1111/mila.12011>
- COLTHEART, M., LANGDON, R. & MCKAY, R. “Schizophrenia and monothematic delusions”. In: *Schizophrenia Bulletin*, 33, pp. 642–7, 2007. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbm017>
- COLTHEART, M., MENZIES, P. & SUTTON, J. “Abductive inference and delusional belief”. In: *Cognitive Neuropsychiatry*, 15, pp. 261–87, 2010. <http://dx.doi.org/10.1080/13546800903439120>
- CURRIE, G. & RAVENSCROFT, I. *Recreative Minds: Imagination in Philosophy and Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2002. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198238089.001.0001>
- DAVIDSON, D. “Psychology as philosophy”. In: *Essays on Actions and Events*. Oxford: Oxford University Press, 1982.
- DAVIES, M. & COLTHEART, M. “Introduction: Pathologies of Belief”. In COLTHEART, M. & DAVIES, M., eds., *Pathologies of Belief*. Oxford: Blackwell, 2000. <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0017.00122>
- http://dx.doi.org/10.1142/9789812797636_0001
- <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198208204.003.0001>
- <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198208785.003.0005>
- <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198208785.003.0009>
- [http://dx.doi.org/10.1016/s0277-5395\(00\)00086-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0277-5395(00)00086-8)
- <http://dx.doi.org/10.3167/146526000782488081>
- EGAN, A. Imagination, delusion, and self-deception. In BAYNE, T. & FERNÁNDEZ, J., eds., *Delusion and Self-Deception*. New York: Psychology Press, 2009.
- FÖRSTL, H., ALMEIDA, O.P., OWEN, A.M., BURNS, A. & HOWARD, R. “Psychiatric, neurological and medical aspects of misidentification syndromes: A review of 260 cases”. In: *Psychological Medicine*, 21, pp. 905–10, 1991. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700029895>
- GERRANS, P. “Refining the explanation of the Cotard delusion”. In: *Mind & Language*, 15/1, pp. 111–122, 2000. <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0017.00125>
- GERRANS, P. “Delusional Attitudes and Default Thinking”. In: *Mind & Language*, 28/1, pp. 83-102, 2013. <http://dx.doi.org/10.1111/mila.12010>
- JAMES, W. *The Principles of Psychology*. Vol. 2. New York: Cosimo, 2007.
- JASPERS, K. *General Psychopathology*, trad. J. Hoenig e M.W. Hamilton. Manchester: Manchester University Press, 1963.
- KAPUR, S. “Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia”. In: *American Journal of Psychiatry*, 160, pp. 13–23, 2003. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.13>
- LANGDON, R. & COLTHEART, M. “The cognitive neuropsychology of delusions”. In COLTHEART, M. & DAVIES, M., eds., *Pathologies of Belief*. Oxford: Blackwell, 2000. <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0017.00129>
- LEESER, J. & O’DONOHUE, W. “What is a delusion? Epistemological dimensions”. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 108, pp. 687–694, 1999. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.687>
- MAHER, B.A. “Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanations”. In: OLTMANN, T.F. & MAHER, B.A., eds., *Delusional Beliefs*. New York: Wiley, 1988.
- MORITZ, S., WOODWARD, T.S., BURLON, M., BRAUS, D.F. & ANDRESEN, B. “Attributional Style in Schizophrenia”. In: *Cognitive Therapy and Research*, 31, pp. 371–383, 2007. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-006-9070-5>
- MURPHY, D. “Delusions, Modernist Epistemology and Irrational Belief”. In: *Mind & Language* 28/1, pp. 113–124, 2013. <http://dx.doi.org/10.1111/mila.12012>
- NASAR, S. *A Beautiful Mind*. New York: Simon & Schuster, 1998.
- O’DWYER, J.M. “Coexistence of the Capgras and de Clérambault’s syndromes”. In: *British Journal of Psychiatry*, 156, pp. 575–77, 1990. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.156.4.575>
- RADDEN, J. *On Delusion*. London: Routledge, 2011.
- SASS, L. *The Paradoxes of Delusion: Wittgenstein, Schreber, and the Schizophrenic Mind*. Ithaca, NY: Cornell

<i>intuitio</i>	ISSN 1983-4012	Porto Alegre	Vol.8 – N°1	Junho 2015	p.185-197
-----------------	-------------------	--------------	-------------	---------------	-----------

University Press, 1994.

SASS, L. “Some reflections on the (analytic) philosophical approach to delusion”. In: *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 11, pp. 71–80, 2004. <http://dx.doi.org/10.1353/ppp.2004.0047>

SCHREBER, D.P. *Memoirs of My Nervous Illness*. Trad. I. Macalpine & R.A. Hunter. New York: New York Review of Books Classics, 2000.

SCHWITZGEBEL, E. “Mad belief?”. In: *Neuroethics*, 5/1, pp. 13–17, 2012. <http://dx.doi.org/10.1007/s12152-011-9127-3>

SPITZER, M. “On defining delusions”. In: *Comprehensive Psychiatry*, 31, pp. 377–397, 1990. [http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X\(90\)90023-L](http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X(90)90023-L)

STEPHENS, G.L. & GRAHAM, G. “The Delusional Stance”. In: CHUNG, M.C., FULFORD, K.W.M. & GRAHAM, G., eds., *Reconceiving Schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press, 2007.

STONE, T. & YOUNG, A.W. “Delusions and brain injury: the philosophy and psychology of belief”. In: *Mind & Language*, 12, pp. 327–364, 1997. <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0017.00051>

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0017.1997.tb00077.x>

VELLEMAN, J.D. “On the Aim of Belief”. In: *The Possibility of Practical Reason*. Oxford: Oxford University Press, 2000.

WESSELY, S., BUCHANAN, A., REED, A., CUTTING, J., EVERITT, B., GARETY, P. & TAYLOR, P.J. “Acting on delusions. I: Prevalence”. In: *British Journal of Psychiatry*, 163, pp. 69–76, 1993. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.163.1.69>

WOODWARD, J.F. “Cause and explanation in psychiatry: An interventionist perspective.” In: KENDLER, K.S. & PARNAS, J. *Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology, and Nosology*. Baltimore, MA: Johns Hopkins University Press, 2008.

YOUNG, A.W. “Delusions”. In: *The Monist*. 82/4, pp. 571–589, 1999. <http://dx.doi.org/10.5840/monist199982421>

YOUNG, A.W. & LEAFHEAD, K. “Betwixt life and death: Case studies of the Cotard delusion”. In: HALLIGAN, P. & MARSHALL, J., eds., *Method in Madness*. New York: Psychology Press, 1996.

Recebido em: 10/09/2014

Aprovado para publicação em: 10/04/2015

<i>intuitio</i>	ISSN 1983-4012	Porto Alegre	Vol.8 – N°1	Junho 2015	p.185-197
-----------------	-------------------	--------------	-------------	---------------	-----------