

# Personalidade patológica

Marcelo Caixeta  
Leonardo Caixeta  
Moysés Chaves



MEMNON  
editora especializada

# Personalidade patológica

Marcelo Caixeta

Moysés Chaves

Leonardo Caixeta

São Paulo, 2004

Livro Eletrônico de Acesso Livre, 2019



**MEMNON**  
EDIÇÕES CIENTÍFICAS

© Marcelo Caixeta, Leonardo Caixeta e Moysés Chaves, 2004.

Livro eletrônico, 2018.

ISBN 978-85-7954-141-4

Supervisão editorial

Silvana Santos

Editoração

Leandro Ribeiro Dias

Capa

Catarina Ricci

Todos os direitos reservados por

**Memnon Edições Científicas Ltda.**

[www.memnon.com.br](http://www.memnon.com.br)

# Agradecimentos

---

Aos professores/médicos, nossos superiores na Universidade Federal de Goiás, Delfino Costa Machado, José Abel A. Ximenes, Isolque Pimenta e Rita Francis Del Branco, que tanto nos apoiaram, oferecendo a possibilidade de horas de pesquisas e estudos.

Sem as proveitosas aulas e discussões travadas com os colegas e amigos a seguir citados, muito do nosso trabalho estaria inacabado:

Francisco Baptista Assumpção Jr., *Médico Psiquiatra, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo*;

Giovana Valadares de Amorim, *Médica Psiquiatra dos Hospitais, Vancouver, Canadá*;

Giuliana Mendes, *Médica Neurologista dos Hospitais, Goiânia*;

Isaías Paim, *Livre-docente em Psiquiatria, Universidade de São Paulo*;

Magno de Nóbrega, *Médico do Serviço de Psicologia Médica (H.P.M.)*;

Marcelo Hanna; *Médico Psiquiatra, Professor de Medicina na Universidade Federal de Goiás*;

Marcelo Trindade, *Médico do Serviço de Psicologia Médica (H.P.M.)*;

Marcus Vinícius de Paula, *Médico Consultante em Psicologia Médica, Goiânia*;

Mozart Dimas, *Médico Neuropediatra dos Hospitais, Palmas, Tocantins*;

Paulo Verlaine B. Azevedo, *Médico Psiquiatra dos Hospitais, Goiânia*

Agradecimento especial aos nossos pais,

**Heleno e Naruna,**

**José e Alice.**

# Sumário

---

## **Parte 1**

### **Distúrbios de personalidade: conceito, diagnóstico e crítica**

Capítulo 1	
Distúrbios de personalidade: problemas conceituais.....	9
Capítulo 2	
Uma visão crítica a respeito dos conceitos atuais de distúrbios de personalidade.....	15
Capítulo 3	
A confusão entre doença e caráter.....	17
Capítulo 4	
Problemas diagnóstico dos distúrbios de personalidade.....	20
A abordagem dimensional.....	20
A abordagem estrutural-categorial.....	21
Critérios prototípicos e ideais.....	22
Critérios politéticos.....	22
Capítulo 5	
Conceitos psicanalíticos aplicados aos distúrbios de personalidade: aspectos críticos.....	24
Crítica conceitual.....	24
Crítica prática.....	25
Caso clínico ilustrativo.....	26
Capítulo 6	
Temperamento, caráter e distúrbios de personalidade.....	28

## **Parte 2**

### **Os distúrbios impulsivo-condupáticos da personalidade**

Capítulo 7	
Distúrbio de personalidade anti-social e distúrbio de personalidade sádica.....	32
Problemas conceituais.....	32
A personalidade sádica.....	34
Caso clínico.....	35
Estudo psicopatológico do caso.....	38
Capítulo 8	
Distúrbios de personalidade borderline e narcisista.....	44
Caso clínico.....	44
A personalidade narcisista.....	45
Capítulo 9	
Distúrbio de personalidade histriônica (histérica).....	47
Conceito e patogenia.....	47
Caso clínico.....	48
A sedução.....	50
Distúrbios somatoformes e personalidade histriônica.....	54
Caso clínico.....	54

Capítulo 10	
Psicopatologia comparada dos distúrbios de personalidade do tipo borderline, histriônica, anti-social, narcisista e anancástica.....	56
Capítulo 11	
Relações psicopatológicas entre os distúrbios de personalidade impulsivos.....	59
O distúrbio de personalidade borderline e a personalidade dependente.....	59
Caso clínico.....	60
Psicopatologia.....	62
Discussão clínico-nosográfica.....	64
Nota terapêutica.....	66
Intercorrelação entre os distúrbios de personalidade borderline, anti-social, narcísica e histriônica.....	68
Problemas das interações precoces.....	68
<b>Parte 3</b>	
<b>As personalidades depressivo-ansiosas</b>	
Capítulo 12	
As personalidades depressivas, masoquistas e negativistas.....	71
A personalidade masoquista (autofrustrante).....	71
A personalidade depressiva.....	72
A personalidade negativista (passivo-agressiva).....	75
Capítulo 13	
Distúrbio de personalidade ansiosa.....	76
Casos clínicos.....	76
Capítulo 14	
Distúrbio de personalidade obsessivo-compulsivo.....	80
Distúrbio de personalidade obsessiva e psicologia evolutiva.....	80
Casos clínicos.....	80
A possível transição entre o distúrbio de personalidade obsessiva e o distúrbio obsessivo-compulsivo (DOC): estudo de caso prototípico.....	81
Relato de caso.....	81
O distúrbio de personalidade obsessiva e alguns transtornos sexuais.....	82
Homossexualismo e personalidade obsessiva.....	82
Associação entre distúrbio erétil e distúrbio de personalidade compulsiva.....	83
Relato de casos prototípicos.....	83
Adição sexual: psicologia ou psicopatologia? Relato de caso e discussão.....	84
<b>Parte 4</b>	
<b>Os transtornos "psicóticos" da personalidade</b>	
Capítulo 15	
As personalidades esquizóide e esquizotípica.....	87
O distúrbio de personalidade esquizóide.....	87
Caso clínico.....	87
Distúrbio de personalidade esquizotípica.....	87

Capítulo 16	
Distúrbio de personalidade paranóide.....	89
Relato de casos.....	89
Dificuldade diagnóstica entre transtorno delirante e transtorno de personalidade.....	92
Caso clínico.....	93
Capítulo 17	
A personalidade fanática.....	95
Caso clínico.....	95
<b>Parte 5</b>	
<b>A personalidade em outras condições patológicas</b>	
Capítulo 18	
A personalidade nos transtornos alimentares.....	99
Anorexia nervosa tipo restritivo.....	99
Anorexia nervosa tipo bulímico.....	99
Bulimia nervosa.....	100
Comer compulsivo.....	100
Comer em excesso.....	100
Estudo de casos.....	101
Estudos empíricos na relação pais-filhos nos distúrbios alimentares.....	103
Estudo empírico da personalidade dos pais.....	104
Capítulo 19	
Cleptomania: estudo de caso e considerações patogênicas relacionadas à personalidade.....	106
Caso clínico.....	106
Patogenia.....	107
Caso clínico.....	107
Capítulo 20	
Personalidades associadas à dependência nicotínica (tabagismo).....	111
Formas clínicas.....	111
Capítulo 21	
Hipocondria e suas relações com a personalidade.....	114
Estado psicopatológico na hipocondria.....	114
As configurações clínicas na hipocondria.....	115
O comportamento hipocondríaco.....	116
Fenomenologia dos estados hipocondríacos.....	116
A hipocondria ligada à esquizofrenia.....	117
A hipocondria propriamente dita.....	117
Caso clínico.....	119
Psicopatologia.....	120
Discussão nosográfica.....	121
Discussão psicopatológica.....	122
Discussão patogênica.....	124
Discussão terapêutica.....	126

Capítulo 22	
Tratamento farmacológico dos distúrbios de personalidade.....	127
Capítulo 23	
Personalidades anormais na prática da psicologia médica .....	130
Distúrbio de personalidade anti-social .....	131
Psicopatologia da psicopatia (personalidade anti-social) .....	134
Distúrbio de personalidade borderline .....	134
Distúrbio de personalidade histriônica .....	137
Distúrbio de personalidade narcísica .....	137
Psicogenética do narcisismo .....	139
Personalidade imaginativa .....	140
Personalidade abúlica .....	141
Personalidade astênica .....	141
Distúrbio de personalidade evitativo .....	141
Distúrbio de personalidade dependente .....	141
Distúrbio de personalidade esquizóide .....	142
Distúrbio de personalidade esquizotípico .....	142
Distúrbio de personalidade paranóide .....	143
Distúrbio de personalidade obsessiva (anancástica, compulsiva) .....	144
Distúrbio de personalidade passivo-agressivo .....	145
Personalidade sádica .....	145
Distúrbio de personalidade masoquista .....	146
Distúrbio de personalidade do tipo fanático .....	147
Caso clínico ilustrativo do diagnóstico dos transtornos de personalidade .....	149
Abordagem crítica das explicações para os transtornos de personalidade .....	151
Referências bibliográficas .....	155



## Parte 1

Distúrbios de personalidade:

conceito, diagnóstico e crítica

# Capítulo 1

## Distúrbios de personalidade: problemas conceituais

---

A conceituação dos distúrbios de personalidade é muito difícil, assim como o é a definição da própria personalidade. Jaspers (1979) considerava que a "compreensibilidade" de um determinado distúrbio era proporcional ao fato de se tratar de um problema de personalidade (desenvolvimento) e não de uma doença mental (processo). Além disso, na doença mental haveria uma "ruptura com a história vital". Infere-se daí que um problema de personalidade comparilharia destas duas características: 1) ser compreensível psicologicamente; 2) não promover uma ruptura na curva vital do indivíduo. Ou seja, o paciente, segundo Jaspers, teria a sensação de que sempre teve aqueles sintomas, que seria impossível delimitar seu início, que tais sintomas estariam profundamente ancorados em seu psiquismo e parecem não "depende dele", que os sintomas como que "fazem parte dele mesmo", que não seria muito diferente antes, que os transtornos teriam um padrão fixo e não fásico etc.

De modo simplificado, e sobretudo conceitualmente voltado para o clínico, personalidade é a concepção que temos resultante da observação do comportamento de um indivíduo. Seria uma resultante fatorial de diferentes setores do seu desempenho: afetivo, volitivo, cognitivo etc.

Estreitamente assim definida, pode-se dizer que todas as doenças mentais promovem, desta forma, alterações na personalidade. É por isso que muitos autores advogam a improcedência da separação dos chamados distúrbios da personalidade (DP) do restante dos distúrbios mentais, como o faz o sistema DSM-IV, com a criação dos eixos I (distúrbios mentais) e II (desordens da personalidade e do desenvolvimento).

Autores clássicos, sobretudo Schneider, também defendiam esta dicotomia clínica, ao passo que outros, também clássicos, como Kretschmer, pensavam haver um *continuum* entre as doenças mentais e certas manifestações personológicas. Schneider, por exemplo, tinha como critério de delimitação entre as "doenças" mentais e os distúrbios de personalidade o fato de que nas primeiras haveria modificações fisiológicas subjacentes e primárias às alterações psicológicas. Diz Schneider sobre os distúrbios de personalidade: ... *pero tampoco entonces se trataria de fenómenos patológicos en el sentido de procesos orgánicos, sino solo de variaciones y anomalias morfológicas, funcionales*. Parece que, aqui, Schneider não expressou bem seu pensamento, uma vez que "variações e anomalias morfológicas e funcionais" podem ser consideradas como enfermidades biológicas. Por outro lado, vários estudos têm chamado a atenção para a existência de anormalidades biológicas, aparentemente primárias, no seio dos distúrbios de personalidade (isto é válido sobretudo para a personalidade borderline, esquizotípica, evitativa, da classificação do DSM-IV).

Parece-nos que o único critério clínico a ser retido para a diferenciação dos distúrbios de personalidade em relação aos outros transtornos mentais seria o de um padrão permanente, desenvolvimental e precoce de alterações comportamentais. No entanto, as oligofrenias também satisfazem este critério, e por isso estão do mesmo modo localizadas no eixo II. Poder-se-ia argumentar que ficariam, então, excluídas dos distúrbios de personalidade todas aquelas condições mentais crônicas que afetam a normalidade cognitiva dos pacientes. Esta definição parece também insuficiente, na medida em que há patologias crônicas e desenvolvimentais, como, por exemplo, o autismo de Asperger, onde *há uma boa performance cognitiva* (em uma minoria dos casos, normal) associada com um comportamento retraído, associal, sonhador, excêntrico (semelhante ao distúrbio de personalidade esquizóide do DSM-III). Muitos autores têm, inclusive, defendido a idéia, empiricamente corroborada, de que a maioria, senão todos os esquizóides são, na verdade, indivíduos portadores do autismo de Asperger (conforme trabalho da escola inglesa de D. Tantan e S. Wolff).

Assim, a definição dos distúrbios de personalidade só pode ser feita por convenção, e sem se ater aos aspectos patogênicos envolvidos. Seriam, desta forma, considerados como distúrbios de personalidade aqueles distúrbios permanentes, não cognitivos, do comportamento. Mesmo assim, resta a difícil tarefa de definir o que se entende por distúrbio do comportamento.

Schneider tentou contornar o problema dizendo que tinham um transtorno de personalidade os indivíduos que sofriam ou faziam sofrer a sociedade por causa de suas características de personalidade. O DSM-IV adotou em linhas gerais esta concepção. No entanto, ficam algumas perguntas: a) Jesus Cristo, que fez sofrer a sociedade judaica, questionou subrepticamente o poderio romano e fez sua família sofrer por seu comportamento, tinha um DP? b) Alguém que está apaixonado e sofre por isto tem um DP? c) Alguém que rouba a aposentadoria de um milhar de velhos e faz sofrer a sociedade tem um DP? d) Um democrata em uma sociedade ditatorial sofre e, portanto, tem um DP? etc. etc. Em síntese, todo ser humano, de certo modo, sofre em consequência de suas atitudes, sem que toda a humanidade possa ser considerada como portadora de DP. Por outro lado, nem todos os indivíduos que trazem problemas a uma sociedade ou que sofrem em decorrência dos tratos sociais poderiam ser considerados como portadores de um DP. Desta forma, não pensamos que critérios de normalidade "estatística" sejam suficientes para definir o que é "patológico" em termos de personalidade.

Com esta delimitação crítica, pensamos que um critério que poderia ser adotado seria o de que **tem um distúrbio de personalidade o indivíduo que tem um padrão permanente de comportamento diretamente autolesivo**. Este critério de "comportamentos autolesivos" é o correspondente psicológico do conceito de patologia orgânica, qual seja o de que um processo biológico passa a ser disfuncional na medida em que passa a prejudicar o organismo (conforme Scadding). Isto porque a função da evolução biológica, e conseqüentemente psicológica, ao longo dos tempos, foi a de evitar o mal-estar físico e mental. Ficam afastados desta definição todos aqueles indivíduos que são socialmente disfuncionais, mas não têm comportamentos que prejudicam a si mesmos. Um criminoso, por exemplo, que comete todos os crimes de forma elaborada, visando seu bem-estar e auferindo-o realmente, não pode ser considerado como pessoalmente doente, uma vez que atendeu à sua necessidade biológica *princeps* de satisfazer

o seu bem-estar. Da mesma forma, um indivíduo muito narcisista, que prejudica os outros com seu padrão de comportamento, não pode ser considerado como "doente" do ponto de vista psicológico, não obstante se classifique como tal do ponto de vista social. O problema é que, quando adotamos este ponto de vista social, passamos a considerar como doentes muitas pessoas que, para outras sociedades, não o são (vide o problema da psiquiatrização política soviética).

Fica, então, a dúvida: por que as modernas classificações falam em distúrbios de personalidade narcisista? Pensamos que os narcisistas (algumas modalidades deles) passaram a fazer parte dos *settings* clínicos na medida em que desenvolvem sintomas psicológicos outros (como, por exemplo, depressão) que passaram a requerer ajuda clínica psicológica. Não obstante, esta necessidade de ajuda clínica por si só também não serve como parâmetro, pois em muitos países, como, por exemplo, o Brasil, a rede de ligações sociais é suficientemente forte para absorver estes problemas sem necessidade de ajuda técnica. Tal parece não ser a situação de outros países, sobretudo do hemisfério norte, onde, ao lado de uma certa frieza afetiva, coexiste um padrão de racionalismo técnico avançado. É, portanto, muito provável que neste caso de depressão este sintoma não requeira uma intervenção biológica, uma vez que esta "tristeza" é decorrente dos padrões "compreensíveis" de comportamento que o indivíduo adotou. Pacientes que "biologizam" estas respostas psico-sociais, parecem ser portadores de diátese biológica outra, que pode estar associada com um padrão característico de personalidade, como, por exemplo, os borderlines. A disfunção social, portanto, só poderia ser adotada como critério para distúrbio de personalidade de forma indireta, uma vez que, geralmente, a consequência de um transtorno qualquer de comportamento autolesivo tem como manifestação a geração de um mal-estar social, e a resposta esperada da sociedade a um comportamento desviante. O problema é que a sociedade responde desta forma a qualquer comportamento desviante, não necessariamente um comportamento patológico (autolesivo). A disfuncionalidade social, portanto, não pode ser utilizada como critério clínico *sine qua non* para o diagnóstico de uma entidade clínica.

Poder-se-ia advogar um ponto de vista pragmático, segundo o qual todo desvio que responde bem a uma intervenção técnica (no caso, psicoterapia) pode ser enquadrado em um sistema diagnóstico para uso clínico. Outra armadilha, pois, como dissemos, há inumeráveis problemas de comportamento que se resolvem dentro da rede de apoio social (não técnico) em muitos lugares, ao passo que, para outras sociedades, se exigiria uma solução técnica para o problema.

Também controverso é o critério de comportamento "autolesivo", uma vez que um ladrão pode ter um comportamento autolesivo (vai acabar preso) sem ser, por isso, portador de um distúrbio de personalidade. A questão é que este ladrão que vai ser preso "a longo prazo" não tem um comportamento "diretamente" autolesivo como, por exemplo, aquele indivíduo que rouba sem se preocupar se há um alarme na casa, se há policiais por perto, se há alguém vendo ou não etc. A adoção de critérios dimensionais de personalidade não resolve por si só o difícil problema da conceituação dos distúrbios de personalidade, uma vez que pode, no máximo, estabelecer critérios de "anormalidade" estatística que, como acabamos de ver, não é suficiente para a definição adequada de um distúrbio de personalidade (Madre Tereza de Calcutá, por exemplo, não deve ter sido portadora de nenhum distúrbio de personalidade que qualquer médico se atreva a diagnosticar).

Indivíduos com padrão de comportamento autolesivo acabam tendo uma disfuncionalidade social. No entanto, este critério (a disfuncionalidade social) não é adequado para o diagnóstico dos distúrbios de personalidade, uma vez que muitos indivíduos "socialmente" disfuncionais não podem ser considerados como portadores de DP, uma vez que não têm um padrão permanente de comportamento diretamente "autolesivo". De outro modo, se a maioria dos indivíduos com comportamento diretamente autolesivo sofre por causa disso, há uma parcela considerável que não reconhece que sofreu. O critério, portanto, de que tem um transtorno de personalidade aqueles indivíduos "que sofrem" é também insuficiente, assim como o é para os que fazem "sofrer a sociedade".

Se ainda nos ativermos às antigas concepções schneiderianas, poderíamos submeter à discussão o conceito de "personalidades anormais". Para estas, sim, pode-se e deve-se aplicar o critério psicométrico-dimensional, considerando-se como anormais as personalidades, traços ou comportamentos que se desviem estatisticamente do padrão. No entanto, os critérios de personalidade anormal não recobrem inteiramente os de distúrbios da personalidade, pois há indivíduos "anormais" que, além de não sofrer, subjetivamente, trazem benefícios à sociedade. Do outro lado da "curva", além disto, há indivíduos que não têm um padrão de comportamento diretamente autolesivo, mas que apresentam comportamentos que causam desassossego à sociedade (muitos narcisistas, por exemplo). Para estes sujeitos, as medidas "terapêuticas" adequadas são encontradas no âmbito da jurisprudência e não da psiquiatria. A psiquiatria não pode primariamente ocupar-se deles, uma vez que o problema é primariamente "moral", de respeito à individualidade dos outros. Os pacientes psiquiátricos com distúrbio de personalidade também têm estes problemas de respeito à individualidade alheia, mas assumem este comportamento à falta de outro repertório, à falta de liberdade de escolha. Já os outros "anormais" têm capacidade cognitivo-afetiva para elaborar um repertório comportamental que não aquele lesivo à sociedade, e, se não o fazem, é porque colocam seus interesses acima dos demais, voluntária e deliberadamente.

Nesta perspectiva restritiva de personalidade, poderíamos dizer que um comportamento autolesivo, com muita probabilidade, envolveria a possibilidade de uma desregulação biológica subjacente, como, aliás, parece ser o caso de algumas entidades para as quais já foram encontradas alterações biológicas do Sistema Nervoso Central: histriônica, esquizóide, esquizotípica, anti-social, borderline, evitativa. É, então, provável que, pelo menos para estas entidades, haja participação importante de disfunções constitucionais com repercussão neurobiológica. Estas disfunções seriam majoradas por fatores psico-sociais desfavoráveis (Quadro 2).

#### Quadro 1

**Grande alteração de temperamento (biológico) → sintoma clínico**

Sobra, no entanto, outro grupo de distúrbios de personalidade (Quadro 2) cujo nível de elaboração e complexidade dos sintomas é bem maior, envolvendo basicamente um problema diferenciado nas relações interpessoais: paranóide, narcisista, dependente, obsessivo-compulsivo, passivo-agressivo. Na patogenia destes casos, é possível que estejam envolvidos basicamente dados disposicionais complexos de comportamento (ao contrário dos fatores temperamentais do grupo anterior, que seriam relativamente simples em relação a este), assim como fortes distorções de cunho psico-social. Este grupo de comportamentos (cito antes comportamentos que personalidades uma vez que estes padrões são disseminados na população geral em maior ou menor grau), em um grau crescente de gravidade, passaria de disfuncional para patológico, quando, então, o indivíduo perderia o controle da manutenção do próprio bem-estar, geralmente diante de importante estressor biológico ou psico-social. Só nestes últimos falar-se-ia, então, em distúrbio de personalidade, uma vez que nestes casos, localizados nos confins da severidade, há rompimento do pacto entre a psicologia e a biologia que leva o indivíduo a comportar-se apenas visando o seu bem-estar.

Neste modelo, o que torna esta população clínica não é o DP, mas sim a consequência final: geralmente um sintoma do eixo I.

#### Quadro 2

**Constituição psicológica favorável congênita +  
fatores sociofamiliares +  
estressores biológicos ou psico-sociais =  
sintoma clínico e procura de ajuda técnica**

De modo simplificado e esquemático, ilustramos um quadro sinóptico dos principais transtornos de personalidade (Quadro 3). Fatores etiopatogênicos são divididos entre disposicionais básicos (constituição, temperamento) e fatores psico-sociais. O peso relativo presumido de cada fator, impulsivo-temperamental ou cognitivo, aparece à frente do nome da entidade, estando a letra "C" associada aos distúrbios em que a apresentação clínica é mais cognitiva, e a letra "T", aos transtornos em que a apresentação é mais impulsiva e temperamentopática. Episódios clínicos maiores, eventualmente associados a entidades do Eixo I (transtornos mentais), estão listados na coluna da direita.

**Quadro 3. Patogênese e apresentação clínica dos distúrbios de personalidade**

Distúrbios de personalidade	Patogenia	Episódios clínicos maiores
Esquizóide - T	Fator disposicional básico (FDB): perturbação cognitivo-emocional no contato humano. Dificuldade de empatização. Fatores psico-sociais (FP) associados: pais sócio-emocionalmente não aconchegantes	Isolamento social
Esquizotípico - C	F.D.B.: perturbação cognitiva	Distúrbios do pensamento
Anti-social - T	F. D.B.: hiperatividade, excesso pulsional, cognição pobre F.P.: faltas disciplinares-afetivas	Instabilidade, inconsequência, impulsividade
Borderline - T	F.D.B.: hiperatividade, hiperestesia, "excesso pulsional", cognição rica; bipolaridade F.P.: pais agressivos	Instabilidade, disforia, impulsividade
Histriônico - T	F.D.B.: hiperestesia, imaturidade emocional. F.P.: ? - provavelmente de menor monta que nos borderlines e anti-sociais	Ansiedade, disforia
Evitativo - T	F.D.B.: "hipervigilância" social, ansiogênese social. F.P.: Pais evitativos.	Ansiedade no contato social, fobias, pânico
Paranóide - C	F.D.B.: autovalorização F.P.: pensamentos paranóides dos pais	Crises delirantes
Narcisista - C	F.D.B.: autocentração F.P.: hipervalorização familiar	Crises depressivas por perdas
Dependente - T	F.D.B.: vinculação exagerada F.P.: pais superprotetores	Crises de indecisão ou insuficiência
Obsessivo-compulsivo - C	F.D.B.: rigidez intelectual F.P.: pais obsessivos	Crises de ansiedade e "esgotamento"
Passivo-agressivo - TC	F.D.B.: ambiente "massacrante"	Crises de "esgotamento" ou explosividade (?)

T = fatores temperamentais preponderantes / C = fatores cognitivos preponderantes na manifestação clínica

F.D.B. = fator disposicional básico / F.P. = fator psico-social

## Capítulo 2

# Uma visão crítica dos conceitos atuais de distúrbios de personalidade

---

### ASPECTOS MORAIS OU ASPECTOS MÉDICOS?

O DSM-IV (APA, 1995) instituiu que os distúrbios de personalidade levam a estresse ou a prejuízo. Contudo, todas as doenças mentais levam a tal, assim como muitos comportamentos "normais". Por exemplo, um criminoso "normal" faz coisas que levam a estresse... todos os criminosos teriam, portanto, em maior ou menor grau, um distúrbio de personalidade? Alguém que passa por um processo de divórcio frequentemente terá algum tipo de prejuízo em seu equilíbrio psicológico... tal pessoa tem um distúrbio psiquiátrico? Pessoas que pensam apenas a respeito de si mesmas e fazem coisas que absolutamente não levam em consideração o interesse dos outros... tais pessoas são narcisistas... mas se elas forem consideradas doentes, estaremos então definindo a doença como algo diferente de um conceito médico.

O conceito médico de doença deveria ser definido como envolvendo algum processo autodesvantajoso (Scadding, 1967).

A psiquiatria é uma medicina psicológica. Poderíamos dizer que, para uma pessoa ser classificada como um "paciente psiquiátrico", ela deve apresentar os efeitos de um processo biológico autodesvantajoso sobre seus pensamentos, sentimentos ou comportamento.

Desta maneira, os criminosos, as pessoas reagindo ao estresse do divórcio ou os narcisistas não deveriam ser vistos como "doentes", desde que eles estão, nestas circunstâncias, buscando comportamentos que melhorariam suas vidas.

De acordo com este ponto de vista, os indivíduos anti-sociais poderiam ser portadores de transtornos psiquiátricos apenas quando estivessem cometendo crimes autodesvantajosos (como tentar um assalto na presença da polícia). Indivíduos anti-sociais que se abstêm de tais comportamentos poderiam ser considerados "criminosos normais". Deveriam, desta forma, ser uma preocupação para a justiça e não para os médicos nem para a comunidade médica.

Enquanto, segundo nossa conceituação, indivíduos narcisistas, passivo-agressivos e paranóides não possuem distúrbios psiquiátricos, seus traços de personalidade frequentemente os predis põem ao desenvolvimento de desordens biologicamente ancoradas. Observamos na prática clínica diária que os narcisistas se tornam deprimidos ou agressivos quando não alcançam seus objetivos; os obsessivos ficam ansiosos quando perdem o controle sobre algum aspecto de suas vidas, e assim por diante. Mas, nestes casos, o problema médico não é a sua personalidade. Esta apenas os predis põe ao desenvolvimento da entidade médica.

Este processo é comparável com a predisposição ao infarto do miocárdio que acompanha



a ansiedade. A entidade médica é o infarto, e não a personalidade ansiosa do indivíduo. Esta última não é uma preocupação central da medicina. Obviamente podemos tentar modificar alguns desses fatores, mas os mesmos não são "entidades médicas". Se o fossem, os cardiologistas poderiam considerar a "ansiedade" como uma entidade cardiológica.

Não estamos negando que algumas doenças psiquiátricas podem levar ao aparecimento de distúrbios de personalidade. Indivíduos em episódios maníacos podem apresentar muitos tipos de comportamentos alterados (semelhantes àqueles vistos em indivíduos com distúrbios de personalidade), tais como comportamento anti-social e hipersexualidade. Contudo, uma vez que o distúrbio biológico é controlado, seus sintomas comportamentais desaparecem. Isto é muito diferente do que acontece com alguns dos "distúrbios de personalidade" do DSM-IV. Alguns indivíduos com distúrbios de personalidade borderline, anti-social, esquizóide e obsessivo-compulsiva podem ter um distúrbio psiquiátrico "verdadeiro". Tais pessoas apresentam comportamentos autodesvantajosos e, freqüentemente, mostram diminuição de comportamento seguindo o tratamento psicofarmacológico. Os marcadores anatômicos, eletrofisiológicos e neuroquímicos de seus distúrbios biológicos subjacentes estão por ser descobertos. Se os profissionais da saúde mental não atentarem para essas considerações, estaremos arriscando confundir problemas médicos e morais. Esta confusão pode ter consequências deletérias, tanto para o sistema médico quanto para o judiciário.

## Capítulo 3

### A confusão entre doença e caráter

---

#### O CASO ILUSTRATIVO DO DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE HISTRIÔNICA E A DISFORIA HISTERÓIDE DE KLEIN

Klein (1969), em trabalho já clássico, estabeleceu que as características "histeróides" observadas em indivíduos "histeróides disfóricos" são conseqüências de transtornos de humor causadas por distúrbios de humor congênitos. Logo, os "traços psicológicos histeróides" em histeróides disfóricos seriam conseqüência de transtornos biológicos, representando o que Henri Ey (1950) chamou de "organodinamismo", isto é, fatores orgânicos levando a um desarranjo psicológico complexo e, consecutivamente, às novas adaptações que se manifestariam como anormalidades psicológicas.

Por outro lado, poder-se-ia hipotetizar que os distúrbios disfóricos e histeróides seriam, ambos, conseqüências de uma "imaturidade afetiva", uma condição temperamental congênita que torna estes pacientes vulneráveis a eventos externos. Poderíamos ver este problema como uma "imaturidade psicológica" em vista da qual os pacientes se tornam pueris e emocionalmente lábeis. A partir de um ponto de vista evolucionista (Kofoed, 1988), eles seriam indivíduos "primários" com anormalidades afetivo-emocionais. Esta suposição poderia ser baseada no fato de estes pacientes não terem apenas os problemas emocionais que estamos acostumados a ver nos depressivos, mas têm, além disso, transtornos "caracteriais" (morais): eles são narcísicos, impulsivos, inconseqüentes, não confiáveis, às vezes sexualmente promíscuos, egoístas etc. Além disso, estes desarranjos não são cíclicos, como se vê em maníacos ou deprimidos ansiosos. Este padrão de conduta é, na maior parte das vezes, precoce, crônico, estável e pouco alterado pela farmacoterapia ou psicoterapia, sendo muito diferente de alguns maníacos com características "borderline" que têm sua "dissipação moral" (por exemplo, hipersexualidade) eliminada pelo tratamento farmacológico.

Em outra ocasião, Klein (1996) cita: *minha visão a respeito da disforia histeróide é de que ela seja uma vulnerabilidade constitucional a afetos excessivamente poderosos e pregnancies relativos à aprovação e desaprovação social e sexual, provavelmente exacerbada por experiências precoces (não necessariamente na primeira infância) levando a um reforço da afeição afetiva e da sensibilidade de rejeição, as quais se beneficiam de inibidores da monoaminoxidase bastante específicos.*

A este respeito poderíamos argumentar:

1) Poderíamos concordar com esta "vulnerabilidade constitucional", se fosse conseqüência de uma doença (afetiva ou outra) ou de uma variação extrema de temperamento. Em outras palavras, doença ou personalidade (eixo I ou II)?

2) Dissemos acima que os "desarranjos caracteriais" dos disfóricos histeróides são diferentes de certas pessoas com distúrbios afetivos. Estes últimos, quando curados ou controlados em sua doença, têm, na maioria das vezes, caracteres normais, sem egocentrismo, desvios sexuais, problemas de conduta, belicosidade, anormalidades comportamentais, dificuldades cognitivas para lidar com seus afetos, busca exagerada de afeto, falta de preocupação com os outros etc. Poderíamos dizer que os disfóricos histeróides têm todos estes sintomas mesmo quando controlados ou curados da depressão ou ansiedade extrema. Tais sintomas parecem estar profundamente fixados em suas personalidades, e não apenas dependentes do "estado de doença", como podemos observar em maníacos, hipomaníacos, ciclotímicos, bipolares tipo II etc. Finalmente, estamos assumindo um ponto de corte entre "doença" e caráter, isto é, poderíamos dizer que uma pessoa está doente quando seus atos não são planejados, projetados para lhe dar resultados positivos, lucrativos ou vantajosos. Neste último caso (busca de vantagens), estaríamos encarando problemas caracterológicos, morais, e não médicos.

3) Embasados no item "2", poderíamos adiantar que os distúrbios de personalidade são difíceis de definir em termos de categorias nosológicas por causa do fato de se misturarem categorias carregadas "temperamentalmente" (biologicamente) (borderlines, impulsivos, evitativos, obsessivos, esquizóides, esquizotípicos) com entidades carregadas "caracterologicamente" (anti-social, histriônica, narcisista, passivo-agressiva). Poderíamos argumentar que essas últimas não são entidades médicas "verdadeiras", mas entidades "caracterológicas" devido ao fato de os indivíduos estarem procurando por objetivos "autovantajosos". Não obstante, poderíamos alterar algumas destas categorias "caracterológicas" do DSM-IV (APA, 1995) para categorias médicas por meio de algumas complementações. Por exemplo, quando nos referimos a apresentar comportamentos "anti-sociais" autodesvantajosos, estamos indiretamente dizendo que estes pacientes agiram sob alguma forma de "compulsão", um "impulso forte, incontrolável" levando a um comportamento deste tipo, como um desarranjo temperamental, uma entidade médica. Para esclarecer: comparando-se o descontrole emocional "borderline" ao histriônico, podemos notar que o primeiro é "médico", incontrolável e autodesvantajoso, e o segundo não o é, desde que muitos histriônicos "não-psiquiatrizados" utilizam seu "charme" para obter algo.

4) O que poderia transformar as entidades "caracterológicas" em médicas não é seu comportamento "moralmente" inadequado (a maior parte deles listados pelo DSM-IV), mas os descarrilamentos temperamentais e afetivos dos quais são portadores. Por exemplo, a maior parte dos narcisistas "psiquiátricos" é "psiquiatrizada" não devido ao seu narcisismo, mas por apresentar eventualmente depressão clínica, médica. Logo, sua doença psiquiátrica não é seu narcisismo, mas sua depressão. O narcisismo é apenas um fator de risco, assim como estresse do trabalho o é para ataques cardíacos. Quando classificamos as doenças cardíacas, não colocamos entre elas o "estresse do trabalho", porque é um evento e não uma entidade biológica (Caixeta, 1996).

5) As colocações do item "2" poderiam fazer pensar que este suposto desarranjo temperamental constitucional dos disfóricos histeróides caminha junto com uma "imaturidade caracterial" ou primitivismo caracterizado, ao mesmo tempo, por um desarranjo comportamental e uma bancarrota cognitiva que não consegue lidar com estas alterações emocionais. Deste modo, a necessidade de aprovação sexual ou social e sensibilidade à raiva ou rejeição não seriam conse-

qüências de "experiências precoces", mas sintomas desta imaturidade geral (afetiva, cognitiva e moral). Parece-nos óbvio que qualquer dificuldade objetual precoce nestes casos prejudicaria ainda mais suas deficiências congênitas; mas elas (dificuldades precoces) não poderiam por si só gerar tais problemas relacionais interpessoais. De fato, não fomos bem sucedidos em entender como relacionamentos precoces poderiam levar a esta sensibilidade extrema. Como os pais poderiam provocar esta avidez afetiva ou a sensibilidade de rejeição? Estes "sintomas" pueris são muito mal tolerados pela maioria dos pais. Além disso, não vimos estudos associando a disforia histeróide com as particularidades supracitadas.

6) Acerca deste assunto, e dos distúrbios de personalidade em geral (em razão de acharmos que os histeróides seriam mais bem classificados entre os distúrbios de personalidade do eixo II), poderíamos utilizar alguns conceitos evolucionistas. Estes pacientes estariam distantes da maioria dos indivíduos numa escala evolucionista acerca do desenvolvimento psicológico. Eles não teriam uma "doença", mas uma variação extrema da média. A respeito dos difóricos histeróides, o maior problema não seriam os seus "afetos", mas o controle cognitivo dos mesmos. Esta colocação poderia explicar por que, a despeito do afeto (temperamento) ter hereditari-idade tão ampla, a disforia histeróide não parece ser tão significativamente herdada. Muitas pessoas dentre as famílias de histeróides teriam pequenas semelhanças temperamentais com aqueles pacientes, mas apenas pessoas com "imaturidade ou falhas cognitivas", como têm os histeróides, desenvolveriam o distúrbio. Resta responder por que tais pessoas têm estes problemas cognitivos.

7) Afirmar que os histeróides teriam um distúrbio de personalidade não significa que eles não poderiam ter distúrbios do eixo I, principalmente desarranjos afetivos (depressão, ansiedade etc.). De fato eles os têm frequentemente. Talvez as variações temperamentais predisponham estes pacientes a descarrilamentos afetivos.

## Capítulo 4

# Problemas diagnósticos dos distúrbios de personalidade

---

### A ABORDAGEM DIMENSIONAL

Numa perspectiva dimensional, muitos autores vêm defendendo a aplicação de critérios de avaliação quantitativa aos transtornos de personalidade. Neste caso, estabelecer-se-ia uma escala (por exemplo, da dimensão "neuroticismo" de Eysenck) e quantificar-se-ia sobre esta escala o escore de cada paciente. O mesmo procedimento se aplicaria a outras escalas, cada uma delas abordando uma dimensão diferente da personalidade. Na abordagem categorial, por outro lado, os distúrbios são classificados clinicamente, de acordo com uma apresentação sindrômica (conjunto de sintomas). Se observarmos o problema dos distúrbios de personalidade do ponto de vista dimensional (isto é, enquanto extremos de dimensões que são encontradas em pessoas normais), não poderemos separar comportamentos disfuncionais dos transtornos de personalidade propriamente ditos, porque, deste modo, não temos como dizer de que forma esses comportamentos se organizam e se estruturam para dar origem a um transtorno, e não simplesmente a uma resolução natural não patológica. Sendo assim, muitos comportamentos disfuncionais podem e são resolvidos por mecanismos pessoais e sociais. Se porventura o indivíduo tiver alguma desvantagem, deficiência, seja ela pessoal (temperamental) ou social (como vemos ao observar a infância de futuros "borderlines"), estes comportamentos "disfuncionais" podem não ser resolvidos, e o problema adquirir a forma de um distúrbio de personalidade. Portanto, este padrão crônico de comportamentos autodesvantajosos necessitará de ajuda médica para ser resolvido. Somente pacientes que necessitam de ajuda médica pertencem ao campo psiquiátrico. Pessoas com comportamentos disfuncionais não caracterizados enquanto distúrbios de personalidade concernem antes aos estudos psicológicos de dimensões da personalidade do que à psiquiatria. Se utilizarmos modelos categoriais dos distúrbios da personalidade, como também escalas dimensionais para quantificar os traços e comportamentos envolvidos, esta estratégia pode ter valor para o aumento da confiabilidade e validade do diagnóstico dos transtornos de personalidade. Se adotarmos este paradigma, podemos dizer que pacientes com transtornos do temperamento (histriônicos, borderlines, anti-sociais, dependentes, evitativos, sádicos, passivo-agressivos, esquizóides) podem ser definidos como tendo algum transtorno de personalidade. Outros tipos, como os paranóides, narcísicos e obsessivos, têm comportamentos disfuncionais, mas não são forçosamente portadores de distúrbios de personalidade no sentido médico pois: a) não têm uma doença do temperamento, como os anteriores, b) na maioria das vezes, podem resolver seus problemas utilizando-se de uma rede de apoio social e seus recursos psicológicos

internos. Eles se tornariam doentes se esses recursos sociais e pessoais falhassem. De fato, a maioria dos paranóides, obsessivos, narcísicos etc. que vemos em um contexto médico teve uma "quebra", uma descompensação por causa de fatores biológicos ou sociais supervenientes. Por outro lado, como dizem Cloninger et al. (1993), elementos caracterológicos (que têm forte influência da sociedade e da família) podem proteger o paciente contra um temperamento patológico, de modo que muitos nunca desenvolverão no decorrer de suas vidas um transtorno de personalidade.

A existência de muitos psicólogos experimentais entre os teóricos das classificações tem resultado em uma crescente pressão para que se adote uma abordagem dimensional nos transtornos de personalidade. Para o DSM-IV, inclusive, já existe uma escala dimensional praticamente pronta para a aplicação aos transtornos de personalidade, aguardando apenas aprovação da APA (Associação Psiquiátrica Americana).

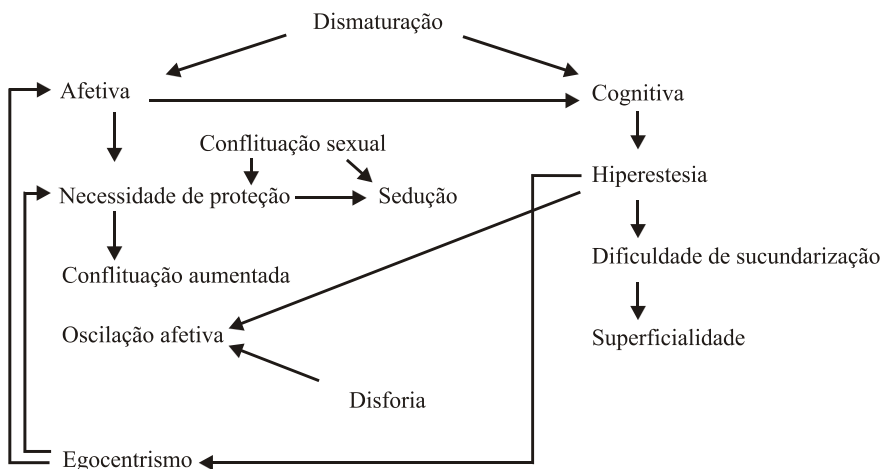
A fim de analisarmos os critérios dimensionais, podemos utilizar, como exemplo, o distúrbio de personalidade narcisista. Qualquer pessoa com uma alta pontuação nas escalas para narcisista teria o distúrbio, de acordo com tal processo. Contudo, é possível que muitos destes indivíduos não sejam subjetivamente incomodados pelo fato de se sentirem doentes ou não cometam atos autodesvantajosos. Poderíamos, então, perguntar: estes indivíduos se encaixariam nas classificações psiquiátricas levadas à utilização clínica na prática médica?

A personalidade normal é infinitamente rica em atributos, e estes podem muito bem ser estudados por meio de escalas dimensionais. Aliás, esta talvez seja a forma cientificamente mais correta de se estudá-la.

## **A ABORDAGEM ESTRUTURAL-CATEGORIAL**

Nos distúrbios de personalidade também é possível aplicar uma abordagem dimensional. Esta é de difícil utilização para o médico, e acaba tornando a clínica um tanto artificial. Mas, como justificar a existência e o uso de categorias diagnósticas para os distúrbios de personalidade?

O que caracteriza um distúrbio de personalidade é um padrão permanente (repetitivo, difuso e inflexível) de respostas comportamentais autodesvantajosas. Este padrão é organizado como uma estrutura, pois o que caracteriza a estrutura é o inter-relacionamento das partes que lhe fornece a inflexibilidade temporal e a estabilidade permanente. Na Figura 1 vemos um exemplo deste relacionamento estrutural nuclear dos transtornos de personalidade (no caso, da personalidade histriônica). O que as categorias clínicas diagnósticas fazem então é "captar", "pescar", no seio da personalidade esta estrutura anquilosada, identificar-lhe os componentes, estudar seu inter-relacionamento e dar-lhe um nome a partir do elemento clínico visível mais importante ou de mais fácil identificação.



**Figura 1. Estruturação da personalidade histriônica**

## CRITÉRIOS PROTOTÍPICOS E IDEAIS

Os critérios prototípicos devem ser capazes de captar todos os sinais e sintomas nucleares de um dado distúrbio. Entretanto, para captar tal núcleo (o que busca o critério "ideal" de diagnóstico), duas coisas parecem necessárias:

1) Observação não apenas externa, mas também interna (fenomenologicamente, em termos jasperianos). Por exemplo, não é suficiente observar "o que" um paciente anti-social faz, mas "como" ele o faz; neste caso específico: sem ansiedade, sentimento de culpa, impulsiva e inconsequentemente. Para captar convenientemente tais itens, é necessária uma perspectiva fenomenológica em direção ao mundo interno do paciente.

2) Observar como os sintomas se relacionam uns com os outros dentro da estrutura, o que exige estudos diagnósticos ideais, de acordo com as explicações de Schwartz (1995).

Tal diagnóstico "ideal", por exemplo, poderia mostrar que as manifestações condutopáticas dos pacientes anti-sociais derivam de sua impulsividade exagerada, não contrabalançada por freios cognitivos. Os critérios prototípicos buscariam descrever melhor tais sintomas diretamente ligados àquele núcleo de impulsividade. Desta maneira, o estudo ideal/estrutural proveria matéria prima para os estudos prototípicos.

## CRITÉRIOS POLITÉTICOS

Crériterios politéticos são aqueles cujo modelo é adotado pelo sistema do DSM-IV, segundo o qual a soma de determinados critérios, quando atingida, permite a feitura do diagnóstico.

Os critérios politéticos podem ser problemáticos quando aplicados aos distúrbios de per-

sonalidade, assim como no caso do distúrbio de personalidade anti-social, em que a mera soma de atos anti-sociais por si só não diz nada a respeito de seu "núcleo estrutural" que "é o fato de fazer as coisas impulsivamente, sem pensar nas conseqüências deletérias". É lógico pressupor que à semelhança do que faz o diagnóstico politético, os pacientes com distúrbio de personalidade anti-social cometerão muitos atos anti-sociais, mas estes critérios não captam em si o que definiria uma entidade médica: apresentar processos biológicos ou psicológicos autodesvantajosos (Scadding, 1967, 1990). Com esta colocação queremos dizer que é possível a alguém cometer numerosos atos anti-sociais planejados apenas buscando vantagens próprias, não sendo possível, por esta razão, que tal pessoa seja chamada de "doente".



## Capítulo 5

# Conceitos psicanalíticos aplicados aos distúrbios de personalidade: aspectos críticos

---

### CRÍTICA CONCEITUAL

Livesley et al. (1993) encontraram uma larga hereditariedade em vários componentes psicológicos de distúrbios de personalidade, com exceção dos problemas de conduta. Baseados no trabalho de Thomas e Chess (1970) e de Livesley, dentre muitos outros autores, poderíamos dizer que a observação do temperamento, fator congênito, é fundamental para o desenvolvimento ulterior da personalidade normal e patológica. Em primeiro lugar, o temperamento pode, por si só, gerar severos problemas de personalidade; em segundo, "temperamentos difíceis" podem "envenenar" as relações pai-filho, e este relacionamento "envenenado" pode, por sua vez, agravar certas características comportamentais. A psicanálise se restringe excessivamente apenas às contingências relacionais, quando deveria dar atenção bem maior às influências que o temperamento exerce sobre contingências relacionais e sobre comportamentos patológicos. Parece-nos bem mais aceitável a hipótese de que os temperamentos anormais, sem problemas relacionais infantis, possam gerar personalidades patológicas, do que a suposição psicanalítica implícita de que fatores relacionais, sem predisposições temperamentais, possam levar a anormalidades psicológicas severas. Estamos aqui caricaturando para mostrar posições diferentes, uma vez que poderíamos aceitar que dificuldades relacionais precoces graves poderiam levar a algumas anormalidades psicológicas (e até biológicas). Entretanto, estes casos não são a regra, nem mesmo a maioria, quando comparados com a incidência de anormalidades temperamentais puras levando a personalidades patológicas. Seria importante que os psicanalistas estudassem interações complexas entre o temperamento e o relacionamento humano, ao invés de se ocuparem apenas com conceitos relacionais precocemente formados. Construções psicanalíticas como, por exemplo, ego, superego, constróem-se sobre fatos relacionais, sendo, por esta razão, deficientes, uma vez que desprezam a importância de fatores temperamentais congênitos em toda a sua magnitude.

Às vezes, as construções psicanalíticas (por exemplo, alguns conflitos entre instâncias psicológicas profundas) são demasiado alheias aos fenômenos clínicos observáveis, levando a uma sensação de "abuso teórico". Tais "lutas" ou conflitos entre instâncias são extremamente difíceis de se observarem empiricamente e deveriam ser reduzidas ao menos a propósito de se evitar excessiva especulação.

Alguns autores psicanalíticos parecem ter tendências a misturar construções psicológicas

normais com a psicopatologia. Por exemplo, para muitos autores, entre eles Ey (1950), Lopez-Ibor (1962), Akiskal (1985), Kretschmer (1967) etc., os distúrbios de personalidade dizem respeito a pacientes com anormalidades temperamentais e disposicionais (distorções temperamentais + cognitivas) que os induzem a cometer atos contra si mesmos, ou, em outras palavras, apresentar comportamentos autodesvantajosos. Tais pessoas podem, por exemplo, agir impulsivamente, sem nenhuma consideração pelas consequências de suas atitudes. Cognições disfuncionais, por sua vez, podem ser tanto diretamente derivadas de mecanismos neurofisiológicos congênitos, como certos pacientes com *coping-style* obsessivo, ou indiretamente, por uma interação complexa entre o temperamento e as ingerências circundantes.

De fato, certas anormalidades de temperamento predisporiam o indivíduo a assimilar certas disfunções cognitivas advindas do mundo exterior, as quais, na ausência destas anomalias temperamentais, poderiam ser inócuas. Tais cognições, não obstante terem sido adquiridas do mundo exterior, poderiam ser assumidas como "disposicionais", desde que são estritamente dependentes do desarranjo temperamental e emocional, com o qual o bebê supostamente nasceu. Quando alguns psicanalistas assimilam as cognições ou emoções dos "pacientes normais" com as daqueles com distúrbios de personalidade, podem estar incursionando em um erro.

Em psicanálise, as instâncias inconscientes parecem ser cognitivamente muito complexas (por exemplo, o Id "quer" algo, o superego "ataca" alguém, algumas representações são "inconscientemente reprimidas" etc.). Segundo nosso conhecimento, a psicologia cognitiva ainda não pode afirmar com segurança que as instâncias não-conscientes têm algumas das propriedades aparentemente exclusivas da consciência em si, assim como o é com um ato voluntário. Isto é até mesmo um erro lógico, desde que o conceito de voluntariedade pressupõe, intrinsecamente, a consciência.

## CRÍTICA PRÁTICA

Não obstante sua distribuição ubíqua, as psicoterapias psicanalíticas "puras" estão expostas a várias críticas, tais como:

- Muitos dos conceitos psicanalíticos não são empiricamente validados. Quando dizemos "empírico", não estamos fazendo referência a estudos estatísticos ou com grande amostragem, mas apenas a fenômenos psicopatológicos que poderiam ser observados pela maioria dos clínicos que não estão engajados nesta escola específica da psicoterapia.

- Não há muita certeza de que o trabalho psicanalítico possa modificar instâncias estruturais da personalidade, tais como o temperamento. Isso se reveste de alguma importância na medida em que algumas modificações temperamentais, mesmo que pequenas, são essenciais para tratar muitas condições psiquiátricas que requerem psicoterapias.

A psicanálise terapêutica tem se recusado a adotar fatores patogênicos e etiológicos herdáveis temperamentalmente e colocar em uso as consequências terapêuticas destes conceitos.

Um dos membros da equipe de Cloninger, do Centro de Estudos da Personalidade da Universidade de St. Louis, Svrakic (1994), propõe uma classificação dos distúrbios de personalidade em que parece adotar algumas tendências psicanalíticas ontogênicas a respeito da sua

etiopatogenia. Teorias psicopatológicas psicanalíticas não são destituídas de interesse, uma vez que os pacientes com distúrbios de personalidade apresentam mecanismos psicodinâmicos às vezes muito bem descritos. A questão é saber se estes mecanismos são os verdadeiros fatores etiopatogênicos que estão sob discussão. Nossas opiniões divergentes levam a conclusões discrepantes, desde que, em nossa visão, o distúrbio de personalidade obsessivo pode ser caracterizado como deveria por causa do fato de ter uma base constitucional. Svrakic escreve que: ... *podemos investigar o comportamento obsessivo sob um ponto de vista bioquímico, neuroanatômico ou clínico, mas tal comportamento sempre reflete mecanismos de defesa neuróticos e um mecanismo de minimizar a ansiedade é mais típico dos distúrbios neuróticos do que dos distúrbios de personalidade*. Do mesmo modo, vemos o distúrbio de personalidade evitativo mais como uma doença temperamental do que como uma "solução neurótica" de alguns conflitos psicológicos. Svrakic escreve:... *as atitudes do evitativo refletem uma solução neurótica profundamente engrenada no comportamento de cada dia...*

Ao mesmo tempo, não podemos concordar com a opinião do autor sobre o distúrbio de personalidade paranóide como estruturalmente ligado ao distúrbio de personalidade borderline. Em outro capítulo, adiantamos a idéia de que o núcleo do distúrbio de personalidade paranóide é constituído por sentimentos desordenados sobre excessiva autocentralização e cognições alteradas a respeito de relacionamentos interpessoais. O autor explica o distúrbio de personalidade paranóide nestes termos: ... *seu núcleo borderline gera inferioridade, timidez e sensibilidade...* Pensamos que poderíamos formular a hipótese etiopatogênica com elementos mais simples, baseados em dados cognitivos e temperamentais sem a necessidade de recorrer a construções psicológicas intrincadas. Os estudos psicanalíticos sobre os distúrbios de personalidade, por exemplo, parecem apegar-se às estruturas complexas em detrimento de explicações mais simples. O que estamos tentando dizer é que, sob nosso ponto de vista, os estudos psicanalíticos não são basicamente errados, mas, simplesmente não podem ser considerados como mecanismos patogênicos exclusivos ou principais em relação aos distúrbios de personalidade. Parece-nos que alguns destes supostos mecanismos etiopatogênicos psicanalíticos não soam mais do que epifenomenológicos, ou secundários a distorções temperamentais ou cognitivas mais facilmente sucessíveis a nosso conhecimento objetivo/empírico do que seus correspondentes psicanalíticos.

Não estamos tentando dizer que os mecanismos patogênicos subjacentes aos distúrbios de personalidade são fáceis de entender ou não muito complexos. Como os psicanalistas, pensamos que os distúrbios de personalidade são estruturas complexas que não podem ser discernidas meramente por uma lista de sintomas. Pensamos, igualmente, que esta estrutura não pode ser construída com base em argumentos teóricos ou tendenciosos, mas apenas por fatos empiricamente determinados cuja prioridade sobre outros deveria ser bem estabelecida.

Com os relatos de caso seguintes exemplificamos o uso das construções temperamentais na psicopatologia e psicoterapia.

## CASO CLÍNICO ILUSTRATIVO

Márcio, homem de 33 anos de idade, foi a um psicoterapeuta por causa de irritabilidade in-

controlável em relação a pessoas que reclamavam de suas ações, ou seja, ele não suportava críticas.

Fernando, o irmão gêmeo monozigótico de Márcio, também procurou tratamento psicoterápico por causa de seu obstrucionismo passivo em direção a colegas e superiores. Sua mãe sempre foi muito irritável, intrometida e controladora em relação a seus filhos.

Ao longo do processo psicoterapêutico, pudemos elucidar que ambos os pacientes têm grandes resistências em relação a pessoas que evocam a autoridade e o criticismo de sua mãe. Entretanto, seu modo de agir é assaz diferente: Márcio é agressivo e assertivo, enquanto Fernando é passivo e "resmungão". As dificuldades de ambos em aceitar críticas pode ser creditada aos modos intrometidos de sua mãe. Por outro lado, poderíamos especular que suas diferenças temperamentais são responsáveis por suas diferentes maneiras de se comportar diante de eventos similares.

Poderíamos usar este simples exemplo para proporcionar uma visão a respeito de como podemos usar construções temperamentais e psicodinâmicas conjuntamente, a fim de produzir hipóteses e estratégias valiosas ao tratamento. Este ponto de vista elimina as hipóteses (baseadas na transferência e interações pai-filho precoces) e tratamentos psicanalíticos "puramente relacionais", e dá consideração a intervenções que poderiam modificar variáveis temperamentais, tais como a farmacoterapia e a terapia comportamental.

## Capítulo 6

# Temperamento, caráter e distúrbios de personalidade

---

Em uma série ininterrupta de trabalhos, Cloninger e sua equipe do Centro de Estudos da Personalidade do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Saint Louis vêm tentando estabelecer uma correlação empiricamente sólida entre temperamento, caráter e personalidade. É à culminância destes trabalhos, em 1993, que remetemos os leitores interessados em um aprofundamento estatístico dos temas tratados aqui. O trabalho de referência sobre o qual nos apoiamos neste capítulo foi publicado por Cloninger et al. ano de 1993 nos *Archives of General Psychiatry* (50:975-90).

De modo bastante esquemático, poderíamos dizer que o autor quantifica as dimensões do temperamento em quatro escalas:

- 1) Atividade de busca: tenta mensurar o grau de impulsividade, exploração do ambiente, agitação, comportamento não ordenado.
- 2) Evitação de estímulos nociceptivos: mensura timidez, fatigabilidade, preocupação antecipada, medo.
- 3) Busca de apoio: tenta quantificar o grau de sentimentalismo, ligação afetiva e dependência de cada indivíduo.
- 4) Persistência: tenta mensurar o grau de persistência que a pessoa tem em diferentes situações.

O autor estuda, ainda, mais três escalas de caráter (autodirecionamento, cooperação, capacidade de autotranscendência) e correlaciona as escalas de temperamento com as de caráter por meio de métodos estatísticos sofisticados. Em um trabalho publicado no mesmo volume (50:991-9), os autores correlacionam estes parâmetros com os distúrbios de personalidade. De acordo com o capítulo anterior sobre a conceituação dos distúrbios de personalidade, estes poderiam ser caracterizados por "um padrão permanente de condutas autodesvantajosas". Também de acordo com esta definição, estes distúrbios só poderiam ser inscritos biologicamente, pois só um problema biológico pode gerar uma volta de seus mecanismos contra si mesmo, como no caso do câncer.

Em outras palavras, problemas psicológicos não poderiam ser qualificados como "doenças", pois a "psicologia" humana, por si mesma, não pode ser perturbada, já que é uma quintessência, uma floração da biologia a que está, portanto, ligada do ponto de vista lógico (ver a discussão muito interessante de Ey et al., *La psychogenese des nevroses et psychoses*, 1950). Em palavras mais simples, a "alma" não pode adoecer, sendo alma aqui não referente ao conceito religioso.

A partir destas premissas podemos criticar o trabalho de Cloninger no ponto em que ele tenta correlacionar etiopatogenicamente o caráter aos distúrbios de personalidade. Ora, sendo o caráter um constructo psicológico, ele não poderia adoecer. Isto não impede que, como bem diz Cloninger, o caráter possa ser um elemento de balanço e controle sobre algumas manifestações patológicas do temperamento, muitas vezes impedindo que estes últimos se manifestem clinicamente.

Em relação às escalas de temperamento de Cloninger/Eysenck, poderíamos fazer as seguintes correlações com os distúrbios de personalidade:

1) Estabilidade-instabilidade estão relacionadas com distúrbios de personalidade anti-social, borderline, histriônica.

2) Na escala de introversão-extroversão, encontramos correlação com personalidades dependentes, evitativas, "esquizóides".

Em uma crítica importante a esta perspectiva, poder-se-ia dizer que há indivíduos narcisicamente anormais, e que isto não dependeria do temperamento. Esta premissa nos parece correta; o que julgamos incorreta é a hipótese de que alguém "adoeça" de narcisismo. O narcisismo pode alterar profundamente as relações do indivíduo com seu entorno; no entanto, esta dinâmica se passa no plano moral e não médico. Inclusive, se observarmos a incidência de pacientes narcísicos em consultórios médicos, poderemos ver que lá estão por outro motivo, como, por exemplo, um distúrbio de adaptação do tipo depressivo, conseqüente a uma perda amorosa. Do mesmo modo, vemos indivíduos com outros problemas psicológicos, mas que nem por isso poderemos qualificar como doentes (indivíduos com problemas de cooperação, segurança em si mesmos, autotranscendência).

Outro ponto importante a ser abordado é o da organização temporal das diferentes instâncias do temperamento e caráter. Numa concepção evolutiva, filogenética, poderíamos dizer que o temperamento é anterior ao caráter. Desta forma, comportamentos tais como "calma" ou "inquietação" dentro do espectro da "ins" e estabilidade seriam biologicamente condicionados, assim como a intensidade do instinto gregário (in e extroversão). O problema poderia se complicar se colocássemos em jogo o fato de que é possível que haja indivíduos, por exemplo, introspetivos e, ao mesmo tempo, com um instinto gregário avantajado (interesse pela coletividade, por exemplo).

Como poderíamos, então, explicar que em uma escala para medir gregarismo (in e extroversão) houvesse um indivíduo introvertido (tímido) no temperamento e extrovertido no "caráter"? Este problema poderia ser resolvido na seguinte perspectiva: o seu temperamento (biologicamente condicionado) é realmente introvertido, tímido etc., mas seu caráter, que é uma formação mais evoluída e menos estática que seu cérebro (filó e ontogeneticamente), reverte esta timidez em interesse afetivo pelos demais de modo que, quando vemos um indivíduo como este, estamos vendo duas instâncias que promovem um mesmo comportamento, qual seja o gregarismo. Deste modo, poderíamos dizer que, só nas instâncias ou indivíduos mais "primitivos", o temperamento, o biológico, determina o fenótipo. Em alguns casos de patologia, inclusive, vemos esta dicotomia claramente, como, por exemplo, em pacientes fóbicos que, apesar de gostar do contato social, são impedidos por fatores de ordem psicobiológica.

Analogicamente poderíamos avaliar outras dimensões de temperamento segundo Cloninger. A busca de estímulos, por exemplo, é, em estágios desenvolvimentais mais primitivos, estritamente ligada à extroversão, instabilidade. No entanto, observamos muitos indivíduos que têm avidez intelectual enorme e não são instáveis. Como se explica isso? Utilizando o mesmo princípio do parágrafo anterior, poderíamos dizer que este interesse intelectual, esta busca de estímulos nestes indivíduos cultivados é uma "florescência" psicológica, em quase nada dependente do temperamento e, às vezes, indo mesmo contra ele (como no caso de um indivíduo tímido, mas cientificamente atirado e interessado). Desta forma, poderíamos chegar à conclusão de que, em termos de temperamento e caráter, é difícil se compatibilizar, sem ter em mente uma noção hierárquica, segundo a qual o temperamento está em baixo e o caráter está em cima. Apenas em indivíduos mais primitivos pulsionalmente ou no caso de doença, o temperamento sobrepõe o caráter, e o indivíduo se torna um brinquedo nas mãos de suas características ou oscilações temperamentais.

A busca de correlatos caracterológicos no estudo dos distúrbios da personalidade é, portanto, infrutífera do ponto de vista etiopatogênico, sendo apenas justificável do ponto de vista terapêutico pois, como dissemos, o caráter, quando convenientemente direcionado, pode minimizar ou até anular manifestações temperamentais.

Eysenck (1967) pensa que as dimensões da personalidade poderiam ser reduzidas a duas dimensões básicas do temperamento: o grau de extroversão-introversão e de instabilidade-estabilidade, que na escala de Cloninger corresponderiam, respectivamente, à "busca de estímulos e evitação" e "à dependência afetiva e busca de estímulos". A busca de estímulos faria parte das duas dimensões de Eysenck porque, em sua escala, Cloninger coloca subitens relativos ora à extroversão (excitabilidade exploratória) ora à instabilidade (impulsividade, extravagância, desordem). As dimensões de Eysenck mensuram, simplificadamente, o quanto o indivíduo é calmo ou irritado/agitado (estável ou instável) ou afetivo e distante (instinto gregário, medido pela dimensão introversão-extroversão).

A escala de temperamentos de Cloninger pode ser criticada tendo como base alguns pequenos detalhes técnicos, entre os quais:

- a) sobreposição entre elas e
- b) duas escalas mensurando uma mesma dimensão, sendo uma apenas o pólo oposto da outra.

Como exemplo da crítica "b", podemos dizer que a escala de "persistência" é correlata à escala de impulsividade e desordem, essas últimas pertencendo à escala de "busca de estímulos". Ou seja, parece bem claro que, quanto mais um indivíduo for impulsivo, intempestivo, menos reflexivo e menos organizado, também menos perseverante ele será. Quanto ao exemplo da crítica do tipo "a", poderíamos aventar que na escala de "evitação de estímulos nocivos" há os itens "timidez, medo, preocupação", que julgamos muito correlatos de outros subitens da escala de "dependência afetiva", principalmente sentimentalismo (ligado a medo, exaustão e preocupação), ligação (correlato de "timidez"), e a dependência, ligada a "medo", "preocupação".

Parte 2

Os distúrbios

impulsivo-condutopáticos

da personalidade



## Capítulo 7

# Distúrbio de personalidade anti-social e distúrbio de personalidade sádica

---

### PROBLEMAS CONCEITUAIS

O distúrbio de personalidade (DP) anti-social pode ser considerado como uma entidade paradigmática na organização da própria noção de distúrbio de personalidade. Denominado como a "insanidade moral" pelos ingleses (Pritchard), servindo de molde para a construção dos "desequilibrados, degenerados e perversos constitucionais" na nosografia francesa (Magnan, Morel, Dupré), ou da noção de personalidade psicopática, inicialmente com Kraepelin e depois com Schneider, na escola alemã. A alcunha de "psicopata" serviu, e serve até hoje, para denominá-lo de uma maneira simplificada. Na tipologia schneideriana, dentre os seus dez tipos clínicos, foi o que alcançou mais notoriedade e aceitação entre os psiquiatras.

Talvez este tenha sido o primeiro distúrbio de personalidade a ser descrito pela psiquiatria, ou pelo menos é qualitativamente o mais importante. O próprio nome de "psicopata", cunhado inicialmente pela psiquiatria alemã para designar todos os distúrbios de personalidade, com o tempo passou a designar apenas os anti-sociais.

Schneider os descreve como desalmados, e o DSM-IV cita uma série de atitudes anti-sociais que servem de critérios para o seu diagnóstico. No nosso entender, a alcunha de "desalmado" não caracteriza psiquiatricamente o grupo, uma vez que há muitos desalmados que nem por isso podem ser qualificados como "psicopatas". Por outro lado, todo clínico já se defrontou com "psicopatas" que furtam, agredem, mudam-se demais etc., mas que manifestam afeto pelas pessoas, pelo menos em certas ocasiões. Se não são nenhum "São Francisco", estes raptus de afetividade se afastam da rotulação de pura e simplesmente "desalmados".

Por outro lado, apenas uma enumeração de atos delituosos não nos parece convincente para a delimitação de um DP, já que há indivíduos que, não obstante colecionarem atividades delituosas, poderiam com facilidade ser enquadrados como criminosos comuns.

No entanto, não negamos a validade da delimitação de um DP na qual uma das características seja a realização de atitudes anti-sociais; o problema é que estas seriam o epifenômeno de um fator disposicional básico que poderíamos denominar de "hiperpulsionabilidade". Este termo designaria um excesso de pulsões instintivas e a concomitante falha em dominá-las. Nesta "falha", além dos fatores disposicionais, poder-se-ia advogar a presença coadjuvante de uma educação falha em disciplina ou limites. Nosso conceito, então, se aproxima do que Schneider denominou de "psicopatas hipertímicos", e não é à toa que este autor se refere à grande comorbidade entre este grupo e os desalmados, instáveis etc. Estes pacientes não se caracterizam "ba-

sicamente" pelos atos infracionais que cometem, mas pela maneira como os cometem, ou seja, de modo predominantemente impulsivo, imediato, exutório e sem elaboração. É só esse último grupo de fatos que os pode colocar no rol de transtornados mentais de acordo com nossa concepção prévia de distúrbios da personalidade.

Na atual classificação americana do DSM-IV, os pontos básicos para o diagnóstico são os seguintes:

- 1) atividade de delinquência, no mínimo desde a infância ou adolescência: roubos, fugas, brigas, inadaptação social, escolar e profissional, agressividade, instabilidade;
- 2) relações afetivas e profissionais superficiais, negligência de filhos, pais e cônjuges, falta de planejamento, impulsividade.

Como atualmente definido no DSM-IV, o distúrbio de personalidade anti-social tem como critérios apenas comportamentos de desvio social, tais como agressão, roubos, falta de respeito pela pessoa dos outros. A questão é que, do modo como está formulado, este é um diagnóstico que se baseia sobretudo no comportamento "moral" do indivíduo, mesmo que este comportamento seja considerado "doentio". O problema é que, adotando critérios de desvio moral, é possível que estejamos extrapolando a área de abrangência da própria Psiquiatria.

Muitos autores advogam que, para que um indivíduo tenha tantos desvios de conduta, como pressupõem os critérios do DSM, é muito provável que tenha um problema psicológico ou mesmo biológico, e não apenas um "desvio moral". Justificam estes critérios objetivos dizendo que qualquer outro tipo de critério pecaria por ter algum índice de subjetividade que comprometeria a confiabilidade do diagnóstico. Por exemplo, se dissermos que o indivíduo não tem remorsos, estamos incluindo um critério cuja concordância inter-examinadores seria baixa.

Não obstante estas ressalvas, o problema continua, pois é possível que um indivíduo cometa vários crimes, de várias modalidades, sem que possa ser considerado um "doente". Este conceito de distúrbio de personalidade anti-social do DSM-IV, sendo assim tão amplo, gera inúmeros problemas no campo legal e de pesquisas, uma vez que é possível que em uma população assim diagnosticada haja uma heterogeneidade grande de perfis psicológicos ou psicopatológicos.

O problema tem raízes filosóficas mais profundas, uma vez que estaria em jogo nesta discussão o próprio conceito do que é um distúrbio mental do ponto de vista médico. Do ponto de vista operativo, como já discutimos mais longamente em outra oportunidade, o conceito médico de distúrbio mental deveria envolver necessariamente a caracterização de comportamentos diretamente autolesivos. Assim, alguém que, diante de uma patrulha policial, tenta roubar uma velhinha porque ela porta um relógio caro, tem um comportamento diretamente autolesivo, tendo sido vítima de um impulso incontrolável, e é provável que tal impulso necessite de uma intervenção médica para que se minore o sofrimento do paciente e das vítimas. Por outro lado, se o indivíduo espera que a velhinha se afaste dos policiais, abordando-a em uma praça isolada, e fugindo calma e seguramente, é possível que, diante deste ato em particular, não possamos dizer que se trate de um "psicopata", mas de um ladrão comum. O critério de comportamento diretamente autolesivo é interessante porque envolve a possibilidade de uma disfunção biológica, uma vez que só em uma "doença" vemos um organismo biológico trabalhando contra a própria homeostase.

Indivíduos com um tal nível de impulsividade muito provavelmente terão uma falha nos mecanismos de controle, e só este fato poderia ser considerado como patologia. Desta forma, é provável que os "anti-sociais" diagnosticados de acordo com estes critérios sejam, na verdade, portadores de disfunções primariamente não "morais" ou relacionais, mas sim temperamentais. Assim, desloca-se a natureza do conteúdo de "moral" para "biológico", justificando sua pertinência ao mundo médico.

Do ponto de vista prático, operativo, sobre os critérios necessários ao diagnóstico, poderíamos sugerir que, aos critérios já existentes, se juntasse a frase: "... sendo tais atos cometidos em um contexto visivelmente inapropriado para o bem-estar imediato do indivíduo". Geralmente está implícita, nestes casos, a impulsividade, de modo que deveriam ser estudadas fórmulas de objetivação deste tipo de comportamento, tal como a impossibilidade de adiar algum desejo, explosões de cólera, inapropriedade de atos e abordagens sexuais, e outros critérios que levem em conta não "quais" atos foram perpetrados, mas "como" o foram. Não é à toa que há altíssima prevalência de hiperativos entre os anti-sociais.

Se não adotamos tais cuidados, estamos correndo o risco de aplicar uma classificação médica sobre critérios de desvio estatístico ou "ideal-moral". O critério "ideal-moral" não se presta absolutamente a tal abordagem, uma vez que todos os indivíduos estão fora, pelo menos parcialmente, da normalidade "ideal", aquela sob a qual não sofremos ou não fazemos os outros sofrer. Já quando se adota o critério "estatístico", poderíamos inferir que, na prática, um indivíduo que cometa tantos atos anti-sociais, como os descritos no DSM, deva ter um problema no controle dos impulsos. É possível que este raciocínio seja operativamente válido para uma grande parte dos casos; mas é possível também que restem outros que cometeram muitos atos lesivos a outrem e não sejam considerados, por isso, "doentes". Além do mais, não parece ser cientificamente honesto classificar indivíduos de modo "indireto", tal como o faz o DSM, deixando de lado o que parece ser o fundamental do distúrbio. Se não conseguirmos estabelecer critérios adequados para abordar esta importante dimensão do diagnóstico, é melhor que o abandonemos, sob pena de rotularmos inconseqüentemente indivíduos que deveriam estar sob cuidados judiciais ou comunitários e não médicos.

## **A PERSONALIDADE SÁDICA**

Instâncias instintivas mal integradas provavelmente explicam a patogenia deste grupo, uma vez que faz parte do atavismo filogenético a eliciação de comportamentos sádico-agressivos. Esta rubrica diagnóstica, entretanto, tem estado sob severas críticas e escrutínio clínico, tendo sido retirada recentemente da classificação americana (DSM-IV). No entanto, em nossa experiência clínica, parece incontestável a existência de personalidades extremamente agressivas, que se comprazem na agressividade, mas que não preenchem os demais critérios para uma personalidade anti-social. No DSM-III-R, os critérios diagnósticos resumidamente se baseiam em:

1. crueldade, humilhação, agressividade com os outros, intimidação, gostar de violência, sentir prazer com sofrimento dos outros;

2. não tem outros comportamentos delinqüenciais.

Passamos em seguida a um estudo de caso ilustrativo do difícil diagnóstico diferencial que se pode estabelecer diante de um caso no qual, aparentemente, não há dúvida de uma alteração sádica ou anti-social da personalidade.

## CASO CLÍNICO

Laudo psiquiátrico para fins penais (agradecemos nosso mestre, o Prof. Isaias Paim, pela redação desta observação).

O paciente objeto do presente Laudo foi encaminhado para este Serviço de Psiquiatria pelo titular da Delegacia Especializada de Homicídios, a fim de ser submetido a exame psiquiátrico para esclarecimento da Justiça.

**Identificação:** CMS, filho de CS e ERMS, com 16 anos de idade, de cor morena, solteiro, estudante, natural de Goiânia, Estado de Goiás.

**História familiar:** Pais vivos. O pai é um homem de estatura alta (1,82m), robusto, gozando aparentemente de boa saúde. Sofre de hipertensão arterial, diagnosticada há cerca de dez anos. Vem apresentando crises anginosas desde os 39 anos, e o exame radiológico revelou ser ele portador de ectasia da aorta. Trabalha como mestre de obras. Aos 16 anos, incorporou-se à Aeronáutica e, posteriormente, transferiu-se para a Polícia Militar, onde chegou a atingir o posto de cabo. Certa ocasião, participando de uma formatura, sentiu-se mal e informou ao oficial-comandante que desejava retirar-se. Como não teve permissão para se retirar, abandonou, espontaneamente, as fileiras. Por este motivo, foi recolhido ao xadrez da corporação. Sempre fez uso moderado de bebidas alcoólicas. É um homem prepotente, com tendência à irritabilidade e à exteriorização de reações agressivas. Muito metódico e exigente. Casado há 19 anos. Apesar de manter uma vida matrimonial aparentemente equilibrada, nos momentos de desentendimento, costuma humilhar a esposa, chamando-a de mentecapta. Revela-se extremamente rigoroso na educação dos filhos.

A mãe está com 40 anos de idade. É uma mulher de estatura média, magra, de temperamento calmo. Na adolescência, ao que parece, sofreu de tuberculose pulmonar e, em consequência, apresentou espessamento pleural. Desde esta idade sofre de sinusite. Menarca aos 13 anos. Casou-se aos 21 anos. Teve quatro filhos, todos do sexo masculino. Já há alguns anos trabalha, independentemente dos afazeres domésticos, como vendedora. Uma de suas irmãs é "retardada". Referiu que o esposo apresenta impotência sexual. Mantém perante o marido uma atitude de muita submissão.

**História pessoal:** Nascido a termo, de parto normal. O desenvolvimento somatopsíquico se processou normalmente na infância. Das doenças infecciosas próprias da idade infantil, teve apenas varicela. Desde que começou a falar, notaram que ele "falava embolado", isto é, não pronunciava corretamente as palavras, dando a impressão de que tinha a "língua presa". Esteve em tratamento com especialista em foniatria. Enurese noturna até 13 anos. Não tem nenhuma experiência homossexual.

Sempre gostou de brincar com meninos de idade inferior e, sobre eles, exercia uma auto-

ridade um tanto despótica. Os meninos tinham de obedecer-lhe sem contestação. Certa ocasião, a genitora chegou a contar 19 garotos que representavam o seu grupo nas brincadeiras. Em outra ocasião, quando contava 13 anos, em companhia de dois amigos, se divertia jogando um gato para cima e aparando-o com a ponta de uma faca. Ele possui uma faca tipo "Rambo", que lhe foi oferecida pelo pai. De certa feita amarrou o irmão menor dentro de um saco, deixando-o em tal situação durante algumas horas. Ele costuma maltratar muito o irmão menor. Certa ocasião, a avó materna disse para a nora: "Toma cuidado com este menino. Ele maltrata demais o irmão. Ele vai acabar matando o irmão T.". Por estranho que pareça, ele tinha uma preferência especial pelo irmão. Mantinha em relação a ele uma atitude ambivalente: demonstrava querer muito bem o irmão e, ao mesmo, espancava-o de maneira impiedosa.

Segundo informações da genitora, em nenhum momento ele demonstrou carinho em relação aos pais e aos irmãos. Ao contrário, sempre foi um menino irritado e extremamente agressivo quando contrariado. Diz o pai que CMS jamais demonstrou interesse pelos estudos, tendo sido reprovado, durante o curso primário, duas vezes. Em uma delas, informou aos familiares que não foi aprovado nas matérias porque não quis. Por mais de uma vez ele teve oportunidade de se queixar de que era tratado de maneira muito rigorosa pelo pai, e que tanto ele quanto sua mãe dedicavam melhor tratamento aos outros irmãos. Acha que é o filho menos querido.

**História criminal:** Há cerca de um ano e dois meses (no dia 13 de abril de 1989), CMS estava brincando com os dois irmãos e outros meninos da vizinhança, no local chamado de "buracão", aproximadamente a 200 metros da residência. Em certo momento, ele se afastou com o irmão de seis anos. Levou-o para as proximidades do barranco e perguntou ao mesmo se ele queria morrer. Em virtude de o irmão ter respondido que não sabia do que se tratava, ele abraçou-o e começou a esfaqueá-lo. Segundo informações do pai, o cadáver do menino apresentava mais de oito perfurações. Logo depois de ter assassinado o irmão, CMS veio para casa, onde manteve uma atitude natural, como se nada tivesse acontecido de estranho. Disse um dos irmãos que ele apareceu muito alegre, numa atitude de quem tivesse praticado uma boa ação. Informa a genitora que chegou a perguntar para CMS sobre o irmão e que ele respondeu de modo tranqüilo: "Ele sabe a hora de voltar para casa". Em seguida, foi tomar banho, jantou e foi dormir. Como o menino tivesse demorando a aparecer, a mãe e as outras pessoas saíram à sua procura pelas imediações. No dia seguinte, CMS chegou a participar do grupo de pessoas que estavam à procura do menino desaparecido.

O pai se encontrava ausente de Cuiabá, bastante distante, e assim que recebeu a notícia do desaparecimento do filho regressou imediatamente. Durante alguns dias a família tomou todas as providências cabíveis no caso: promoveram transmissão pelo rádio, pela televisão, deram queixa à Polícia e compareceram ao Instituto Médico Legal. Tudo inutilmente. Somente no quinto dia o cadáver do menino foi encontrado. Estava num barranco, preso a alguns arbustos, numa posição tal que parecia que tinha sido atirado de cima, em direção ao córrego. Em companhia de familiares, CMS foi levado ao Instituto Médico Legal para reconhecimento do cadáver. Em presença do tio materno e de outras pessoas, ele confirmou: "É o meu irmão". Ao retornar para casa, disse à mãe que o cadáver era do irmão, mais que ele o achou muito grande. Nesse dia, em casa da família, ele apresentou crises de choro. No entanto, mantinha-se na maior

parte do tempo indiferente e jamais fez referência de ter sido o autor do crime.

Por motivos de ordem econômico-profissional, o pai resolveu transferir-se com a família para Goiânia, três meses após os acontecimentos narrados anteriormente. Aqui se instalou e começou a trabalhar como mestre de obras. Aproximadamente um ano depois, o processo do assassinato do irmão T. foi reativado, em virtude de ter ocorrido troca de Delegado. O novo titular da Delegacia resolveu retomar as investigações e passou a concentrar as suas atenções na família de CMS. Estava convencido de que o crime tinha sido praticado por alguém da família. Aos poucos ele foi eliminando os possíveis autores do crime: o pai, a mãe, um dos irmãos, tendo, finalmente, concentrado o interesse de suas investigações na pessoa de CMS, pelo fato de ter sido ele a última pessoa a estar em contato com o morto. O Delegado levou em conta os elementos seguintes: 1) o fato de CMS ter reconhecido imediatamente o cadáver do irmão, apesar da deformação que o corpo havia experimentado; 2) as brincadeiras agressivas de CMS, como o fato relatado de mandar outras crianças jogar gatos para cima e apará-los com a faca; 3) o relacionamento extremamente agressivo que ele mantinha com o irmão, o que era do conhecimento da família; 4) além disso, o comportamento indiferente que manteve durante as buscas do irmão desaparecido. Em consequência, o Delegado providenciou a intimação de CMS e de seu pai à Delegacia de Cuiabá, onde compareceram duas ou três vezes para prestar depoimento. Na última vez, há cerca de dois meses (entre fim de abril e princípio de maio), o Delegado solicitou a uma psiquiatra que fizesse algumas entrevistas com CMS, fora da Delegacia e sem caráter de interrogatório policial. A psiquiatra procurou mostrar-lhe, com certa habilidade, que todos os indícios do crime se orientavam para sua pessoa. Devido à confiança que a psiquiatra lhe inspirou, CMS esclareceu de maneira pomenorizada como havia assassinado o irmão.

O pai de CMS esclareceu que o seu comportamento causou muita estranheza, pois T. era o seu irmão preferido para brincadeiras. Na realidade, o desfecho do caso mostra que, no seu foro íntimo, ele devia odiar o irmão. O próprio pai admite que o crime se revestiu de grande crueldade. Das circunstâncias relacionadas com o crime e da narrativa do mesmo ao perito, realizada por CMS, depreende-se que ele é um indivíduo destituído de compaixão, de sentimentos delicados, de remorso. Em nenhum momento ele aparentou constrangimento pelo crime praticado e descreve-o com a maior naturalidade, sem que se note em sua fisionomia a menor transparência de arrependimento pela crueldade com que revestiu o assassinato do irmão.

**Exame psíquico:** O paciente manteve atitude tranqüila diante do examinador, não opondo resistência ao interrogatório clínico. Nega a existência de alterações psicossensoriais. O curso do pensamento se processa de maneira normal, sem que tenha sido possível identificar qualquer tipo de alterações formais do raciocínio ou a formação de juízos extravagantes, de tipo delirante. A memória de fixação não manifesta alterações, bem como a evocação das lembranças. Acha-se bem orientado no tempo, no lugar e em suas relações com as pessoas do ambiente. Lucidez na consciência. Nega com a maior segurança que já tenha apresentado qualquer tipo de alteração do sensorio, como desmaios, obnubilação e outros fenômenos que tenham configurado uma espécie de estado crepuscular. Mesmo durante o tempo transcorrido por ocasião do crime, do qual participou como agente ativo, permaneceu lúcido, e as suas ações obedeceram a uma determinada lógica que, até certo ponto, permanece dentro dos limites do compreensível.

Humor tranqüilo. Segundo informações obtidas com seus familiares, o examinado sempre foi um menino irritado, colérico, dado a reações altamente agressivas. Causa estranheza o fato de não vivenciar sentimentos delicados, compaixão, remorso, mostrando-se indiferente quando relatou o fato de brincar em companhia de outros meninos, quando mandava que eles atirassem gatos para o alto e os aparava com uma faca. É uma forma de brincadeira que denota extrema perversidade com os animais, mas ele encara o fato com naturalidade e que não passava, em sua opinião, de brincadeira. Em relação aos fatos relacionados com o crime de que é réu confesso e do qual fez um relato pormenorizado, não vivencia sentimentos de espécie alguma, mostrando-se indiferente e portador de uma espécie de frieza afetiva. Depois de ter assassinado o irmão menor, voltou para casa onde se comportou com a maior naturalidade: tomou banho, jantou e foi dormir. Segundo informações dos familiares, ele dormiu bem à noite, e nos cinco dias que precederam a descoberta do cadáver, ele se comportou com a mais completa indiferença.

Não revelou alterações da atividade voluntária. Durante a tenra infância, manifestou distúrbios da fala e, de acordo com esclarecimentos de pessoa da família, ele "falava embolado", isto é, não pronunciava de maneira correta as palavras, dando a impressão de que tinha a "língua presa". Esteve em tratamento com especialista em foniatria.

#### **Exame somático:**

Ecotopia: Altura, 1,78m. Peso, 66kg. Tipo morfológico, longilíneo. Ausência de distúrbios. Pele de cor morena, de umidade e elasticidade normais. Mucosas visíveis, coradas. Pêlos bem implantados e normalmente distribuídos. Demais fâneros, normais. Musculatura regularmente desenvolvida e esqueleto bem constituído. Panículo adiposo de espessura regular. Bom estado de nutrição.

Aparelho cardiovascular: Pulso rítmico, tenso, com 75 batimentos por minuto. Pressão arterial: Máxima 11 + Mínima 7. Nada de anormal à auscultação.

Aparelho respiratório: Nada de anormal ao exame clínico.

Aparelho digestório: Sem alterações.

Aparelhos hemolinfopoiético e genitourinário: Normais.

Sistema nervoso: Motilidade ativa: marcha e coordenação normais. Motilidade passiva: sem alterações. Pupilas de forma, tamanho e contorno normais, reagindo bem à luz e à acomodação. Esfíncteres normais. Sensibilidade sem alterações.

Exames complementares: Eletrencefalograma, tomodensitometria cerebral: dentro dos limites normais de variação.

## **ESTUDO PSICOPATOLÓGICO DO CASO**

Passamos em seguida ao estudo das hipóteses etiopatogênicas:

### **Distúrbio de personalidade anti-social (personalidade insensível de Schneider)**

A dificuldade conceitual inicial é a de que Schneider (As personalidades psicopáticas) não estabelece uma diferenciação nosográfica entre a personalidade sádica e a anti-social. Tal postura é compreensível, uma vez que, em ambas as entidades, os pacientes podem apresentar

certa "frieza de ânimo". Não obstante, e esta parece ser uma observação legítima, há certos indivíduos que não adotam condutas abertamente anti-sociais, condutopáticas generalizadas, mas detêm forte potencial sádico dirigido especificamente contra pessoas (como, por exemplo, os casos de alguns assassinos em série). Tais pacientes não preencheriam os critérios para personalidade anti-social, e, no entanto, têm claramente uma patologia da personalidade.

Parece-nos claro que esta observação (feita por um psiquiatra "clássico", "jasperiano e schneideriano", Professor Paim) assim como o caso narrado por Foucault ("Eu, P. Rivière matei meu pai, minha mãe...") nos induzem a este diagnóstico (personalidade insensível de Schneider). Note-se a brincadeira sádica com os gatos, com o irmão, a frieza, a falta de arrependimento, o fato de ter ajudado a buscar o irmão, tê-lo reconhecido no necrotério, os requintes de crueldade do crime, sua "irritabilidade constitucional", sua indiferença afetiva, falta de carinho com os pais, sua agressividade etc.

Este diagnóstico "clínico-fenomenológico" é feito "catamnesticamente", pois o crime já ocorreu. Deste modo, este critério fica sujeito a um sério obstáculo: a pobreza de sintomas no momento (vide exame psíquico) e a tentativa da reconstrução "psicopatológica" do crime. Assim, penso que quando meu mestre dá valor a fatos tais como "aparaar um gato com a ponta de uma faca" poderia estar "catatimicamente" contaminado já com um diagnóstico *a priori* de personalidade psicopática, e a partir deste diagnóstico é que vai "reconstruir a história" do paciente.

Inegavelmente todos os elementos relatados são importantes e até necessários para o diagnóstico, mas não suficientes. Assim, contrariamente, outros elementos o colocam em dúvida: 1) O paciente em todos os momentos conta uma história muito elaborada: matou o irmão para livrá-lo da "desgraça" do mundo, sem o menor sentimento de ódio; pelo contrário, acha que agiu por amor. Ora, o absurdo desta explicação dificilmente seria uma via explorada por um psicopata: a) primeiro, porque um psicopata procuraria uma explicação desculpabilizadora mais racional, mais próxima do que ele sabe ser o entendimento comum; b) é difícil pensar que o tenha feito com intuito de simular uma doença mental. O conteúdo "delirante" teria de ser bem mais rico: todas as pessoas vêem a loucura como algo muito florido e extravagante; c) o grau de "secundarização" é muito elaborado para explicação de um psicopata anti-social; d) o psicopata facilmente negaria que tinha matado o irmão com oito facadas. O paciente não o fez, desde o início. Outros elementos ainda colocam em dúvida o diagnóstico de psicopatia. 2) O homicídio foi planejado com muitos dias (até meses) de antecedência; o perverso psicopata anti-social, ao contrário do perverso "normal", age por *acting-out*, sendo que, na maioria das vezes, esta "passagem ao ato" ou reação em "curto-circuito" é consequência de sua pobreza de mentalização, ou, melhor ainda, de secundarização.

Crimes muito elaborados, como aquele do dentista que estudou anos de Microbiologia para contaminar o sogro, não nos parecem frutos de uma patologia psicopática, contrariamente ao que pensa Paim ao relatar este caso. Esta incapacidade para a espera não se me afigura apenas como um epifenômeno "sintomático" da psicopatia: ela faz parte da própria estrutura psicopática - é justamente esta falta de secundarização forçada por um universo pulsional muito cru que deixa explodir instantaneamente o "ato". É esta "imaturidade" (mais que disgenesia) que caracte-



riza o ato psicopático, contrariamente ao que acredita Ey (1950) quando supõe um defeito de maturação e renega uma "insuficiência" na patogenia do problema. Parece-me que Ey assim faz como A. Fernandez (1961) ao ligar a psicopatia a um desequilíbrio endotímico-vital, porque esta é a única maneira pela qual se pode ligar a psicopatia à Medicina, pois uma influência maturativa seria muito mais um problema "evolutivo" do que patológico. Ey parece, assim, cair em uma contradição ao dizer que um criminoso "maduro" intelectualmente, que planeja sua "atuação" com idéias de todas as consequências, não pode ser um psicopata, pois tem a liberdade de escolher entre o ato e o "não-ato". Ora, se a psicopatia não fosse um problema maturativo, mas sim "disgenético" (uma "moral" alterada secundariamente por um fator patogênico qualquer), este criminoso deveria ser também considerado psicopata. Parece-me impossível a concepção de que possa haver um psicopata (na acepção clássica, médica do termo, e não cinematográfica como no "Silêncio dos inocentes") "maduro", detentor de uma secundarização de que o psicopata é, por definição, incapaz. Seu pensamento é "temporalmente" limitado pela premência de descarga pulsional que não espera mais nada, por sua intensidade, crueza e atualidade desconcertantes. A partir do momento que consegue "esperar a mamadeira" alucinando-a ou substituindo-a simbolicamente pelo dedo, já está deixando de ser psicopata e, ao deixar de sê-lo, pode continuar chupando dedo na Faculdade, mas irá esperar a hora do recreio para fazê-lo.

## **Paranóia**

Apesar do grande esforço da escola fenomenológica alemã em ligar a paranóia ao grupo das esquizofrenias, ela sempre ressurgiu das cinzas como na nova Classificação Internacional de Doenças (CID 10), na qual aparece sob a rubrica *delusional disorder* (transtorno delirante).

O fato de individualizá-la, porém, não elimina a questão etipatogênica, sempre aberta entre a psicogênese (conforme o caso Aimée de Lacan) e a organogênese moderna representada pelo organodinamismo francês.

Parece-nos haver duas condições que explicam a patologia do distúrbio:

- 1) uma "dinâmica" psicológica caracterizada por persecutoriedade, egocentrismo, configurando um "desenvolvimento" ou uma "personalidade" paranóica;
- 2) um "processo" orgânico que libera o inconsciente com seus fantasmas paranóicos, até então "retidos" por um cérebro sadio.

No decorrer da psicoterapia do caso descrito acima, alguns elementos nos chamaram a atenção para um possível envolvimento de "mecanismos" paranóicos: a) o paciente acreditava inabalavelmente que tinha feito um "bem" matando o irmão; tinha-o livrado de todo sofrimento futuro; b) tinha muita preocupação em "desvendar" alguns mistérios bíblicos; c) durante as sessões, quando se perguntava se se sentia arrependido, dizia que não, que até aquele momento tinha pensado muito e não havia encontrado algo que pudesse qualificar seu ato como uma "maldade"; d) se lhe perguntávamos o motivo pelo qual tinha os olhos marejados, dizia que não estavam, e que não tinha nenhuma emoção naquele momento que pudesse justificar seu choro; e) qualquer questão em que se abordasse seu estado afetivo, (por exemplo, como vinha passando), respondia, depois de uma reflexão muito longa: "está tudo natural"; f) ao teste de Zulliger (variante do Rorschach), muitas respostas animais e anatômicas parciais: "um besouro amassa-

do, dois olhos e uma boca feia", poucas respostas humanas e cinestésicas, predominância de respostas cruentas; g) apesar de uma dinâmica muito conflituosa com os pais (principalmente o genitor), negava-a a todo momento: quando, por exemplo, insinuávamos que pudesse haver ódio pela truculência do pai que justificasse esta agressão indireta, rejeitava esta opinião, citando fatos que comprovavam sua ligação afetiva com o pai até então: pescarias, brinquedos que o pai lhe fazia, trabalhos em conjunto em construções; h) sempre que se referia à causa do crime, respondia "você nunca vão saber..." numa atitude claramente oposicionista; i) sempre foi muito "racional" e isolado, assumindo com os colegas uma posição de "liderança", j) era muito "narcisista", gostava de se mostrar tanto intelectual quanto fisicamente; fazia de tudo para ser "adulado" e "adorado" pelos outros, sobretudo mulheres; k) certa ocasião, logo antes do crime, preferiu repetir a oitava série a falar com o professor sobre 70 décimos que lhe faltavam para ser aprovado.

De todos estes itens, que podem ser ligados às características "clínicas" da paranóia, um parece ter importância fundamental na organização de uma estrutura paranóica psicogeneticamente determinada: o valor do pensamento, superinvestido a ponto de que, através de uma "lógica" (eu o matei para tirá-lo deste mundo que é muito pior que a vida do outro lado), foi induzido ao crime. Ou seja, esta lógica falseada por afetos inconscientes teria o poder absoluto. Aí se vê esta lógica racionalizar toda a monstruosidade agressiva do incidente.

Neste ponto, uma questão nos parece fundamental: seria possível em uma perturbação puramente psicológica (um desenvolvimento), uma manifestação tão "cruel" desta agressividade pelos pais ou da inveja do irmão? No sentido jasperiano isto pode ser "compreensível"? Parece-me que a agressividade e a inveja podem sê-lo, mas quem de nós não pensa haver neste ato criminoso "alguma coisa outra, um selo da patologia" (Ey)? Há paranóicos que cometem tais crimes "delirantes", mas estes me parecem ser uma vítima desta "outra coisa" orgânica que os alteram tanto em sua humanidade. E esta alteração "antropológica" atenta contra a liberdade, contra a humanidade e a possibilidade desta existência desgraçada. O delírio aí toma corpo na totalidade do ser, e não mais em "setor" como vemos aqui. Se nosso paciente fosse vítima deste "processo", toda sua existência estaria globalmente tocada por esta outra coisa, e não apenas este setor "familiar", edípico.

Evidentemente Lacan e Foucault (caso P. Rivière) teriam opinião diversa; mas a "causalidade" psico-social absoluta nos parece sujeita à caução dos dois casos: no caso Aimée, porque nada poderia negar a existência desta "outra coisa" orgânica nos seus momentos "fecundos"; já no caso Rivière<sup>1</sup>, jovem camponês que dizimou sua família, a sistemática criminal seguida parece afastar a hipótese de um crime "de louco"; no entanto, uma perversidade "constitucional" psicopática não terá tido importância fundamental na "passagem ao ato"? Quantos jovens em situação familiar semelhante ou pior apenas odeiam seus pais e mais nada? Neste ponto, sim, a psicopatia é uma doença, uma "antropose", pois desnivela seu portador da "normalidade" humana. Parece-nos, contudo, que a "estrutura" do nosso paciente seja paranóica, assim como a de seu pai o é. No entanto, não é um "doente paranóico".

---

<sup>1</sup> No caso Rivière (Editora Martins Fontes) havia uma mãe muito má, que Rivière assassinou durante provável crise depressiva (ele tinha traços de temperamento obsessivo).

## Depressão

Numa das sessões, ao cabo de seis meses de psicoterapia, a mãe nos relatou um fato. Um dia, chegando em casa, encontrou o filho chorando muito (coisa jamais vista). Ao ver a mãe, perguntou-lhe se ela "gostava dele", o que achava dele, e o que achava do seu médico. Falou também que depois do crime "não vivia mais", "não tinha feito mais nada na vida". Disse ainda que "vivia bem antes", quando fazia papagaios, brincava inocentemente na casa dos avós etc.

Nos contou, no decorrer da sessão, que vivia "automaticamente" depois daquilo. Este episódio nos pareceu uma "confissão de culpa" e, ao mesmo tempo, um pedido de socorro - os pais permaneciam muito agressivos em sua direção, com dificuldade enorme de elaborar seu luto e seu ódio pelo "assassino". A mãe, em inúmeras ocasiões, dava vazão a este ódio, recriminando-o por tudo e por pequenas coisas, desde a sua higiene até a sua voracidade alimentar. Sempre que se referia ao crime dizia: "eu me recuso a aceitar que tenha sido ele que fez isto".

Aqui, lançamos mão dos mesmos argumentos alinhados em relação à psicogênese ou à endogenicidade da paranóia: pois bem, que seja uma depressão, mas haveriam fatores psicológicos por si só tão pregnantos a ponto de determinar esta "inflexão" na história de vida do paciente? Um "luto mal elaborado" pela antiga "posição perdida" junto aos pais com o advento do irmão pode explicar isto, ou torna o fato mais compreensível? Uma pulsão, por mais agressiva que seja, teria a força de alterar o "sistema consciente" a tal ponto "delirante"? Tal alteração só nos parece inteligível dentro da incompreensibilidade primária de um "processo". Nenhuma causalidade psíquica seria suficiente para explicá-la, justamente porque é incompreensível. Não que neguemos tudo que referimos acima: que ele tinha ódio dos pais (ou mais especificamente do pai e talvez "edipinimicamente" da mãe), que ele tenha inveja do amor dado ao irmão etc. Tudo isso nos parece perfeitamente cabível. No entanto, pensamos que uma extrapolação "intencional", uma causalidade pulsional mecânica, uma trama "afetiva" seriam incapazes de "romper", desta forma "subaguda", a consciência (dizemos subaguda porque um rompimento "agudo" psicogeneticamente determinado é etiopatogenicamente muito mais aceitável, como nas reações catastróficas, estados dissociativos etc.). Sua consciência, ao contrário, foi "invadida" subagudamente ou mesmo "cronicamente", pois planejou o crime durante meses.

Outros elementos nos chamaram atenção sobre a possibilidade de uma depressão, ao reconstituirmos a história:

1) o paciente nos relatou que havia aceitado a reprovação na escola porque já "não sentia gosto em mais nada";

2) algum tempo antes do desfecho já tinha sérios pensamentos sobre o suicídio, chegando inclusive a doar seus objetos pessoais, fazer uma fita K7 de despedida, ter compulsões a se jogar de um prédio;

3) o paciente reconhece claramente que houve uma inflexão em sua curva vital. Enumera precisamente os fatos e atividades em que outrora encontrava prazer e sua mais completa indiferença posterior;

4) apesar de sua rigidez "paranóica", teve momentos de muito arrependimento no decorrer de sua melhora clínica;

5) o paciente, mesmo depois de um processo psicoterapêutico, reconheceu seu ódio latente pelos pais, assim como o ciúme do irmão mais novo. Mas, jamais aceitou a interpretação de que isto tenha sido condicionante de seu ato;

6) o aparente ato "psicopático" de ter matado o irmão com oito facadas foi explicado porque não queria que o irmão ficasse agonizando por muito tempo;

7) após a morte do irmão, não se suicidou imediatamente porque "assim descobririam que tinha sido ele o autor do crime". Na época que assumimos o caso, o paciente tinha idéias de auto-extermínio;

8) explica que maltratava gatos junto com os colegas, pois eles comiam a criação de pintinhos que estava começando.

A partir da catarse acima relatada, o paciente passou a desenvolver sintomatologia melancólica: lentificação psicomotora, anedonia, apatia, "desvitalização" do mundo, sensação de que tudo se fazia "automaticamente", idéias de ruína e auto-acusação.

Diante deste quadro pensamos tratar-se de uma melancolia e iniciamos o uso de medicação antidepressiva.

A partir desta hipótese, interpretamos o crime como sendo um "homicídio altruísta", descrito na literatura como um ato de profundo desespero de pacientes deprimidos que matam seres queridos e depois se matam, numa tentativa de livrá-los de "tanto sofrimento" ou de "levá-los consigo".

## **Conclusão**

Um bom trabalho sobre a relação depressão-homicídio foi publicado recentemente em periódico nacional (Banzato, 1990). No entanto, apesar da excelente revisão psicanalítica sobre o tema, o autor, embora dizendo seguir uma sistemática fenomenológica, faz uma confusão de planos quando coloca a fantasmática exteriorizada secundariamente ao "processo" orgânico de base como se fosse a causa do ato final homicida, ou seja, dá uma finalidade intencional primária à dinâmica inconsciente, impregnada de agressividade. Como dissemos acima, não negamos a existência desta dinâmica, mas sim seu "poder patogênico" absoluto na determinação deste fenômeno paradoxalmente tão humano e inumano que é a doença mental.

## Capítulo 8

### Distúrbios de personalidade borderline e narcisista

---

Semelhantemente ao grupo precedente (anti-social e sádico), a manifestação clínica destes pacientes muitas vezes é a realização de atos impulsivos e inconseqüentes, alguns infracionais. Os atuais critérios do DSM-IV para a personalidade limítrofe estão reunidos na sinopse a seguir: **Instabilidade emocional, impulsividade, tentativas de suicídio, além do uso de drogas, ansiedade, dificuldade em formar uma identidade própria, dificuldade em separar-se das pessoas (intenso sofrimento ao ser abandonado).**

Os borderlines parecem ter como patologia básica uma "instabilidade afetivo-emocional" somada a uma grande dificuldade de controle racional da mesma. Esta dificuldade de controle parece estar ligada a graves distorções afetivo-educacionais, e provavelmente desempenham aí um papel muito importante, não obstante não pensarmos serem unívocos. São geralmente indivíduos emocionalmente hiperestésicos, com grande proporção de mulheres em suas fileiras. Toda a impulsividade, embora importante, não é suficientemente forte para romper os limites de grande parte das regras sociais antiinfracionais, como ocorre entre os anti-sociais. Nestes últimos, o exutório pulsional é absoluto e sem peias. Os pacientes limítrofes apresentam mecanismos psicológicos complicados, tais como a cisão, e uma complexidade transferencial importante. Passamos a observar alguns destes no relato descrito a seguir:

#### CASO CLÍNICO

Ana Carla é uma paciente de 40 anos de idade, branca, casada, dona de casa, que às vezes deifica seu psiquiatra e às vezes o provoca por motivos banais (a recusa "ética" do psiquiatra de um presente, por exemplo). Sua afetividade varia intensamente ao longo de poucos instantes, indo desde explosões de alegria até acessos de ira incontroláveis. Ela foi vítima de abuso sexual e físico por parte de seu pai na infância.

Pacientes limítrofes oscilam constantemente entre extrema valorização e desvalorização de seus semelhantes. Clínicos psicanaliticamente orientados, como Kernberg (1975), colocam, entre outras teorias, que estes pacientes têm uma competência prejudicada para integrar "bons" e "maus" objetos em um só, devido a distorções precoces de relacionamentos afetivos. Uma mãe abusiva, por exemplo, poderia gerar uma grande dificuldade para seus filhos a verem ao mesmo tempo como uma figura boa e má.

Em contraste com a perspectiva psicanalítica, vemos a propensão à "cisão" como estados emocionais carecendo de modulações cognitivas que, em indivíduos normais, contrapõem afetos

pacificadores a afetos disruptivos. É difícil dizer se este fenômeno está sob a dependência de um impulso emocional excessivo ou de um processo anormal de contenção (ou ambos). Uma hipótese integradora poderia postular que os borderlines teriam constitucionalmente - desde o nascimento - impulsos afetivos excessivos que não poderiam ser compensados por mecanismos cognitivos ausentes devido a distorções afetivas familiares. Ana Clara, assim como outras borderlines, tem uma ligeira atrofia frontal à TCC.

A seguir, examinamos a psicopatologia de alguns fenômenos transferenciais presentes em pacientes com personalidade borderline e histriônica (nos próximos capítulos examinamos mais detalhadamente a estreita relação existente entre estas duas entidades).

A transferência é um fenômeno psicológico no qual pacientes transferem ao terapeuta os sentimentos que têm sobre o passado (Denford, 1992; Laplanche e Pontalis, 1980). Os psicanalistas descreveram este fenômeno sem atentar para seus mecanismos psicológicos subjacentes (Laplanche e Pontalis, 1980). Neste ponto, tentamos elucidar alguns destes mecanismos, sem menção necessária à hermenêutica psicanalítica. Estudamos dez pacientes com distúrbios de personalidade, sendo sete histriônicos e três borderlines. O diagnóstico foi feito de acordo com os critérios do DSM-III-R (1987). Durante o processo psicoterapêutico, notamos e ficamos atentos para as circunstâncias nas quais os fenômenos transferenciais ocorreram. A partir destes dados, ligamos estes achados psicopatológicos a alguns relatos da literatura que evocam a relação entre uma "hiperestesia emocional" e os distúrbios de personalidade do tipo *flamboyant*: narcisista, anti-social, borderline, histriônico (Park e Imboden, 1992).

Um exemplo de transferência cognitiva: a paciente diz: "este relógio parece o que nós tínhamos em nossa casa durante minha infância", ou "o senhor está falando de galinhas, porque há pouco eu lhe disse que me sentia às vezes como uma prostituta". A transferência afetiva poderia ser exemplificada, como se segue: "Ugh (exclamação de nojo)! seu relógio parece o do meu pai, aquele desgraçado". Em muitos destes casos observamos que a transferência sempre ocorria acoplada com um fenômeno emocional gritante, o que é muito comum nestes pacientes. Baseados nestes dados, poderíamos postular que a base destes fenômenos transferenciais nos pacientes borderlines/histriônicos seria sua hiperestesia emocional.

## A PERSONALIDADE NARCISISTA

A super-simplificação nosológica do complexo campo da psicopatologia pode ser muito bem observada aqui. Apesar do sintoma "narcisismo" ser de fácil identificação e normatização algorítmica, como se observa com os critérios do DSM-IV (**sentimento de grandiosidade e de ser "especial", de admiração, falta de empatia, exploração dos outros**), sua profundidade psicopatológica exige um desmembramento analítico um pouco mais complexo. Deste modo, poderíamos subtipificar clínico-psicopatologicamente o narcisismo do seguinte modo:

### Narcisismo tipo "reativo"

É o narcisismo de alguém que, portador de alguma desvantagem física ou mental, tenta reagir a essa desvantagem com um sentimento e atitudes de compensação: é o exemplo de um

rapaz que, com uma estatura muito baixa, cultiva freneticamente o fisiculturismo com o sentido de compensar uma "falha narcísica" com um sobreinvestimento narcísico em outra área.

### **Narcisismo tipo "variante psicopática menor"**

São pacientes com uma organização estrutural da personalidade do tipo "psicopática" (tendências dissociais), mas que, com efetiva educação afetiva, disciplinar e aporte amoroso dos pais, sobe um degrau a mais na organização pulsional e, mesmo sendo altamente egoísta e imediatista, consegue controlar a impulsividade e o descontrole condutopático que caracteriza um psicopata "maior".

### **Narcisismo tipo "realista"**

É o caso da pessoa muito bonita ou inteligente ou esportista etc. que apenas majora fantasmaticamente seus reais atributos.

### **Narcisismo tipo "induzido"**

Pessoas que tiveram sua auto-estima e autoconsideração infladas por repetidos fatores externos: bajulações, o "filhinho-da-mamãe", o neto de "avós-corujas" (demais), o executivo, político, professor, admirado e lisonjeado por todo mundo etc.

### **Narcisismo tipo "defensivo"**

É o narcisismo daqueles que tiveram de inflar seu ego na tentativa de se defender contra os ataques deletérios do meio exterior. É um narcisismo de "sobrevivência" daqueles que precisam ter o aporte, nem que seja deles mesmos, para sobreviver às agruras da hostilidade ambiente.

Como para o grupo dos paranóides, a questão da auto-estima é aqui essencial. Como grande parte da população compartilha de traços narcísicos, é possível que só procurem ajuda técnica aqueles indivíduos portadores de algum distúrbio devido, por exemplo, a uma reação depressiva devida a uma perda amorosa. Como tais pacientes se julgam merecedores de uma atenção "especial", dificilmente aceitam que alguém possa abandoná-los e, sobretudo, trocá-los por outros. Por outro lado, sua rede de apoio "social" é restrita, tendo-se em vista seu fraco poder de empatização, o que os fragiliza ainda mais diante das perdas que, por este motivo são vividas em um contexto de solidão. Deste modo, quase nunca é o narcisismo a causa primária da consulta, mas sim seu concomitante distúrbio do eixo I (depressão, por exemplo).

## Capítulo 9

# Distúrbio de personalidade histriônica (histérica)

---

### CONCEITO E PATOGENIA

Aqui o fator patogênico fundamental parece ser uma hiperestesia afetivo-emocional (conforme Kretschmer, *Histeria, reflexo e angústia*, Ed. Laisor), geralmente acompanhada de uma puerilidade emocional. Aliás, é possível que esta preceda a hiperestesia, uma vez que faz parte do repertório emocional da criança. Este grupo se diferenciaria do borderline por um maior mecanismo de contenção dos impulsos, provavelmente motivado por um sistema sociofamiliar menos caótico, ou por um grau menos pronunciado de hiperestesia e impulsividade que o encontrado entre os borderlines. Sinopticamente, o DSM-IV lista as seguintes características do transtorno: **emoções excêntricas, busca de atenção, de sedução, superficialidade e sugestividade.**

As discussões patogênicas sobre o distúrbio de personalidade histriônica têm oscilado no decorrer dos anos entre concepções puramente psicogenéticas ou orgânicas.

Como representantes da primeira corrente, temos como "carro-chefe" a psicanálise, para a qual a histérica sofre de um mecanismo de repressão hipertrofiado. Para outros autores, muitas destas pacientes se enquadram em uma síndrome provavelmente neuroquímica denominada disforia histeróide (conforme os estudos do Instituto de Psiquiatria de Nova York, liderados por Donald F. Klein).

Vale notar que Freud, em suas concepções iniciais sobre a etiologia da histeria, advogava a predominância de fatores extrínsecos e constitucionais, abandonando em seguida esta posição em proveito de uma concepção mais intrapsíquica da doença (excesso de repressão com consequente conversão em outros setores: somático, sexualização etc.), estando na base disso o Édipo e a castração.

Já o segundo grupo de autores, no entanto, no ritmo alucinante da psiquiatria biológica do fim do século passado, pensa que o problema da personalidade histérica se joga etiológicamente em desregulações bioquímicas de base, o que a colocaria, como aliás já defendia López-Ibor (*Las neurosis como enfermedades del animo*), entre o círculo das doenças afetivas, de fundo endotímico-vital.

Muito pouco foi ou está sendo feito entre estas duas posições, mas vale a pena ressaltar os trabalhos de Eysenck no Departamento de Psicologia do Instituto de Psiquiatria de Londres e os artigos mais modernos derivados das concepções cognitivas de Beck.

Eysenck encontrou em pacientes histéricas uma dificuldade de condicionamento a quem imputou, dentro de uma linha reflexológica, um excesso de inibição cortical levando ao que



Pavlov denominava de excitação paradoxal (ou seja, em um cérebro corticalmente inibido, estímulos subcorticais podem tornar-se mais fortes). Estes achados foram convenientemente replicados, mas despertaram pouco interesse na comunidade científica pelos idos de 50 e 60, sobretudo na americana, ainda envolvida naquela época no domínio do império psicanalítico.

Mais recentemente, Beck et al. vêm tentando sistematizar uma concepção "cognitiva" da personalidade e de seus distúrbios. Na histeria, por exemplo, o mecanismo patogênico central (não tecem considerações etiológicas) seria o de algumas distorções disfuncionais cognitivas, tais como: para ser feliz preciso que os outros prestem atenção em mim; eu não consigo tolerar o tédio; é terrível ser ignorado; se tiver vontade de fazer alguma coisa, devo seguir em frente e fazê-la etc.

Neste capítulo, procuramos articular, em uma mesma explicação patogênica, fatores afetivos, biológicos e cognitivos, em uma tentativa unificadora das atuais concepções do distúrbio de personalidade histriônica.

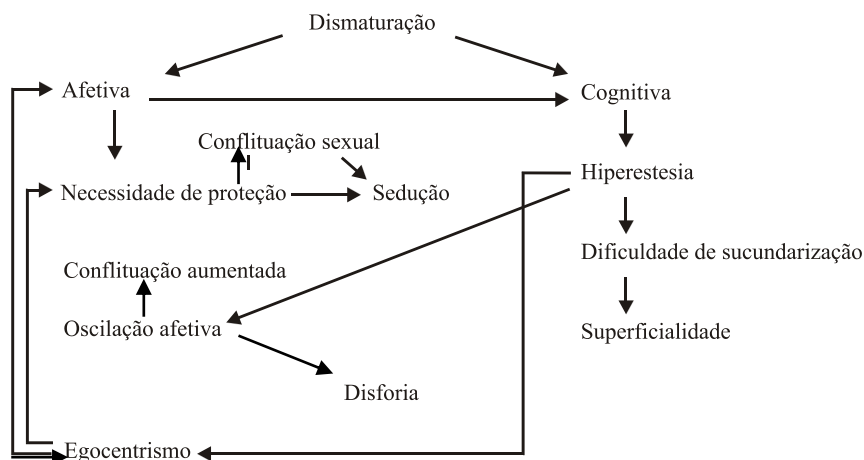
## CASO CLÍNICO

Márcia é uma mulher com 36 anos, que nos foi encaminhada por seu médico ginecologista devido a constantes crises "depressivas", cujo último episódio a levou a três meses de leito com perda ponderal de 20kg. A causa desta depressão foi o término de uma relação amorosa com um senhor de idade propecta (70 anos), presbítero de sua igreja, que freqüenta fervorosamente.

A partir deste dado, pudemos evidenciar que a paciente já teve inúmeras ligações afetivas e sexuais, sempre com homens mais velhos e de posição "asseguradora", como médicos, por exemplo. Seu marido não satisfaz suas necessidades afetivas por tratar-se de pessoa boa, mas muito desligado e pouco "romântico". A paciente alterna períodos de bom funcionamento com crises depressivas, nem sempre motivadas, pioradas por fatores perimenstruais. Julga-se muito "boa" no trato com todos, sendo mesmo "caridosa", na sua acepção, e, em síntese, com suas próprias palavras, "uma pessoa muito bonita". Tem duas filhas para as quais alterna períodos de extrema valorização com desvalorização total, tendo nos procurado várias vezes para que assumíssemos a educação delas. Usa roupas discretas porque abomina (na verdade, preocupa-se muito com isto) mulheres que se vestem "como prostitutas". Sempre vai às consultas com óculos escuros, que não retira nem mesmo dentro do consultório. É extremamente sensível e melindrosa em relação a tudo o que acha que diz respeito à sua pessoa. Por exemplo, se no decorrer de uma consulta o médico se levanta para pegar um formulário, logo pensa que o "doutor não gosta dela", que está apreensivo para que ela saia, que gosta mais de outra paciente etc. Aliás, julga-se detentora de um "poder" aumentado para sentir o estado emocional das pessoas com quem convive. Quando viu, por exemplo, que o médico não tinha colocado seu presente (quadro religioso) na parede de seu consultório, "passou três dias acamada e muito deprimida". Seus episódios disfóricos (irritação, agressividade, distímia) são tão intensos que, além da psicoterapia, houve necessidade da associação de um antipsicótico sedativo (clozapina), com resultado importante sobre esta sintomatologia.

Seu discurso dá a impressão de ser muito superficial, frouxo, sem continuidade e muito baseado nas impressões afetivas que tem dos fatos ocorridos. Quando, por exemplo, na sala de espera, conversa com uma adolescente drogadicta e borderline que lhe conta muitas "desgraças", vai para casa arrasada.

Diz que sua criação foi muito sofrida, era rejeitada pelos pais, foi colocada em colégio interno, foi vítima de abusos sexuais pelo pai. Em atividades diárias (na Igreja, no curso noturno) gosta de relacionar-se e sente-se como uma adolescente, de acordo com suas próprias palavras. Suas atividades sexuais são em sua maioria anorgásticas, não obstante ter muitos sonhos eróticos e um desejo sexual aumentado.



**Figura 2. Estruturação da personalidade histriônica**

Pode-se ver pelo esquema da Figura 2 que o conceito *príncipeps* é o de "dismaturidade". Preferimos este termo ao de "imaturidade" porque esse último denota um juízo de valor acerca da etiologia, supostamente por "agenesia" hipotética de algo. Já o conceito de "dismaturidade" indica apenas que o desvio principal se encontra no âmbito do desenvolvimento da personalidade, seja ele qual for.

Este desvio se manifesta primordialmente no setor da afetividade, que poderíamos qualificar de "infantil" como termo analógico, e não etiológico. Há, portanto, nestas pacientes, necessidade exagerada de atenção, sobretudo afetiva, que, em muitos casos, é buscada avidamente, lançando-se mão eventualmente da sedução (ver item abaixo), pois a paciente já é adulta e mescla sentimentos de proteção infantil com a sexualidade desta fase. É esta confusão de planos (necessidade de proteção "paterna" com o uso da sedução para angariá-la) que levará à conflituação sexual nestes casos. A centração excessiva sobre si (egocentrismo) também é um dos promotores desta necessidade exagerada de afeto.

Por outro lado, esta "dismaturação", manifestando-se no plano cognitivo, promove uma "hiperestesia" emotiva aos *inputs* ambientais. A paciente sente excessivamente o que passa ao seu redor e tem dificuldade em se acostumar com estímulos repetidos (dificuldade de condicionamento). O predomínio destas "primeiras impressões" conduz a uma dificuldade no pensamento lógico (secundarização), dando, assim, a impressão de "superficialidade" à inteligência destas pacientes, que estão sempre mudando de assunto, sem se aprofundar em nenhum deles.

É esta "hiperestesia" também a responsável por intensas oscilações afetivas, do tipo amor-ódio (vide caso clínico), com conseqüentes arrependimentos, conflitos sobre a imagem do protagonista, conflitos sobre suas emoções etc.

As disforias, tão freqüentes nestes casos (Klein chegou a cunhar o termo nosográfico de "Disforia Histeróide"), têm duplo condicionamento: por um lado, a conflituação intrapsíquica entre sentimentos e cognições contrárias; por outro, a própria constituição afetiva do histriônico, extremamente lábil e cambiante, promove, às vezes (e não raro), verdadeiras "pseudociclotimias" imotivadas como estas devem ser (ver capítulo anterior sobre "Caráter ou Doença"). Como se pode inferir daí, a conflituação intrapsíquica final é conseqüência, e não a causa, do distúrbio de base, como advogam muitos estudos psicanalíticos. Mesmo que os conflitos evidenciados pela psicanálise estejam presentes, são o resultado da via final, e não o seu início. Se o conteúdo de suas explanações está correto, seu aspecto formal não está.

Do mesmo modo, julgamos a perspectiva cognitiva de Beck e Freeman (1993), incompleta neste campo, pois se estas cognições estão presentes no distúrbio de personalidade histriônica, de modo algum são a causa deste e sim a conseqüência final de todo o processo.

Por outro lado, Eysenck (1956) e sua escola deslindaram mecanismos biológicos subjacentes à patologia, mas não deram a estes sua necessária articulação psicológica, ou seja, como estes achados se articulariam no interior da psicopatologia histriônica?

## A SEDUÇÃO

Dentre os componentes psicológicos importantes da personalidade histriônica, encontra-se a sedução aumentada. Passamos a analisar com mais detalhes tais concomitantes.

Na literatura psiquiátrica há poucos estudos referentes ao comportamento de sedução. Geralmente a ênfase é dada a comportamentos sexuais aberrantes, tais como parafilias ou condutas de hipersexualidade, como o donjuanismo e a ninfomania. A psicanálise se preocupa, sobretudo, com as fantasias de sedução e a psicopatologia com as repercussões de atitudes sedutoras por parte de pais e adultos sobre as crianças. Vários estudos têm atestado, neste sentido, a correlação entre abuso sexual na infância e psicopatologia posterior (distúrbio de estresse pós-traumático, distúrbio de personalidade múltipla, distúrbios de ansiedade etc).

No sistema do DSM, a única referência que vemos à palavra "sedução" diz respeito ao diagnóstico da personalidade histriônica. No sistema da CID-10 não conhecemos a referência ao mesmo assunto. Por outro lado, a sedução normalmente não faz parte do rol de atos delituosos, estando por isso mesmo excluída da maioria dos estudos criminológicos e médico-legais.

Diante da escassez de material bibliográfico e da relativa abundância desta conduta na

prática clínica, sobretudo com adolescentes, passamos a estudar o comportamento de "sedução" e suas correlações nosográficas e psicopatológicas.

No decorrer do ano de 1993 (janeiro a novembro), foram observados em um serviço de psiquiatria 20 adolescentes com idade entre 17 e 19 anos que preenchiam os critérios subjetivos de "comportamento sedutor" para três médicos examinadores (dois homens e uma mulher), em entrevistas separadas. O sistema diagnóstico utilizado foi o do DSM-III-R, e o questionário IPDE (*International Personality Disorder Examination*).

Dos 20 pacientes examinados, 16 são do sexo feminino e quatro do masculino. Em relação ao diagnóstico, 11 mulheres e um homem satisfazem os critérios para distúrbio histriônico da personalidade; duas mulheres e três homens, para distúrbio narcisista da personalidade; finalmente, três mulheres com distúrbio de personalidade limítrofe. Os resultados estão resumidos no Quadro 4.

#### Quadro 4.

##### Avaliação nosográfica (DSM-III-R) de 20 adolescentes com comportamento de sedução

Distúrbio de Personalidade	Histriônica	Limítrofe	Narcisista
Mulheres	11	2	3
Homens	1	-	3

Na avaliação destes dados, nossa primeira dificuldade foi a delimitação de um conceito objetivo de "comportamento sedutor". Nossa impressão final foi a de que, por tratar-se de uma conduta altamente complexa, sua definição operacional categórica seria quase impossível, ou de uma complicação tal que impediria o desenrolar do trabalho pretendido para transformar-se em um estudo de psicologia dos afetos. Optamos, portanto, por uma definição "fenomenológica", calcada na intersubjetividade, para a categorização deste comportamento. Este procedimento se mostrou eficaz, pois o "Kappa" atingindo entre os três cotadores foi de 0,6 para o comportamento. Os itens mais frequentes nos critérios de avaliação de cada psiquiatra para "sedução" foram: aparência física, vestimentas, fala afetada, emotividade manifesta, interesse pelo examinador, confissão de comportamento sedutor, interesse por vinculações afetivo-sexuais variadas, gosto por ser admirado ou abordado (cantado), maneirismos de "charme", constante manipulação dos cabelos ou adereços durante a entrevista, elogios à aparência do examinador.

A preponderância de mulheres com diagnóstico de personalidade histriônica (de fato o único homem com este diagnóstico era homossexual) não nos surpreende, uma vez que um dos critérios do DSM-IV para este diagnóstico é justamente a presença de comportamento sedutor. A grande parte destas pacientes se mostrava exteriormente com vestimenta ou aparência do tipo "Barbie", algumas inclusive com nítidos sinais de puerilidade em sua maneira de vestir (adereços da Xuxa, Angélica ou similar, bolsinhas, fitas etc.). Seu comportamento sedutor em muito

faz evocar a "garotinha de salão" que se apresenta para deleite dos pais e da platéia. Os fantasmas de sedução sexual estão quase sempre ausentes, e a sexualidade, genitalizada, ausente, ou vivida com certa angústia. De fato, não foram infrequentes os casos de anorgasmia entre elas. Seu comportamento sedutor parece, portanto, fazer parte mais de um comportamento imaturo do que deliberadamente sedutor do ponto de vista sexual.

Já as adolescentes com diagnóstico de personalidade narcisista manifestavam diretamente um comportamento sedutor com nítidos traços de interesse sexual, não só no decorrer da consulta como em sua vida corrente. Geralmente inteligentes, muito falantes e com um ideal de carreira profissional elevado, têm idéias feministas, abominam a possibilidade de dominação por parte do homem e, usualmente, nas relações sexuais tomam um papel mais ativo do que as mulheres em geral. Não se vestem com tanto coquetismo como o grupo anterior e até criticam as mulheres que se vestem deste modo, julgando-as ridículas ou "peruas". Preferem a companhia de homens mais passivos, alguns dos quais dominam francamente. Têm fantasias de sedução sexual e, não raro, de atividades homossexuais. Este último detalhe serve também para os elementos do sexo masculino. As mulheres deste grupo têm predileção pelos cabelos curtos e roupas mais ou menos andróginas. Podemos notar nestas pacientes, diante destes dados clínicos e de sua fantasmática, um "núcleo bissexual", se podemos assim chamá-lo. Já os homens fazem mais o tipo egocêntrico, narcísico propriamente dito, que pensa poder seduzir todas as mulheres por sua "elevada" *performance* física ou intelectual; tendem, assim, a tratar as mulheres como "objetos parciais" e estabelecem, desta forma, múltiplas vinculações inconseqüentes.

Apesar do número muito pequeno das adolescentes com distúrbios limítrofes, pudemos observar tratar-se de garotas que assumiram a postura de sedução por se sentirem "vazias" e "carentes", geralmente em conseqüência de fortes privações afetivas ou traumas anteriores. É comum a fantasmática de uma união total com o parceiro. Uma vez conseguida uma união estável, há diminuição das condutas de sedução. São geralmente mais "passivas" que as narcísicas e mais sexualizadas que as histriônicas. Na verdade, têm tendência a viver a genitalidade pulsionalmente. Sob o ponto de vista psicodinâmico, poderíamos conjecturar tratar-se de uma estrutura imatura, de ruptura mais precoce do que a das histriônicas; ou seja, nas limítrofes, a própria integridade do *self* está ameaçada, ou pela forte emergência pulsional não "ligada" ou pelas carências precoces que fragilizaram enormemente o mecanismo de "para-excitação". A libido, intensamente investida sobre si na histriônica, é projetada para o exterior na limítrofe, na tentativa de organizar seu ego a partir dos aportes externos. Sua sedução é bem menos racionalizada, intelectualizada do que nas narcísicas, e bem menos visual do que as histriônicas. É uma sedução crua, pulsional, de emergência da sexualidade, que ao mesmo tempo choca e atrai o interlocutor.

Não é nosso interesse, aqui, passar a imagem de que estamos a psiquiatrizar um comportamento normal como o da sedução. Como se sabe bem em psiquiatria, o que caracteriza a psicopatologia de um comportamento é o fato de um indivíduo automatizá-lo e agir assim inexoravelmente, mesmo em malefício próprio, contrariamente às leis biológicas e psicológicas que lhe são decorrentes. A sedução é um comportamento etologicamente cancelado, donde sua normalidade. No entanto, no momento em que o indivíduo passa a "seduzir por seduzir", "seduzir a si

mesmo", "seduzir por poder", "seduzir sem afeto", "seduzir para viver", "não poder viver sem seduzir", "seduzir multiplicadamente", "seduzir sem crítica", "achar-se sedutor", "seduzir após uma sedução", "seduzir e abandonar", "seduzir para ferir", "sentir-se como seduzindo objetos e não pessoas", há sérios sinais de que o comportamento está disfuncionante e acarretará grandes prejuízos para o seu protagonista e para o meio. A sedução "patológica" se vincula claramente a deformações ou insuficiências identificatórias sexuais. Passamos a analisar individualmente caso por caso.

### **Sedução associada ao distúrbio narcisista**

Em alguns destes casos de sedução feminina em personalidade narcisista, pode-se aventar a possibilidade de tratar-se de uma estrutura cujas identificações passadas se deram preponderantemente em um registro andróide. Ora, o comportamento sexual do homem é caracterizado pelo desejo de que as mulheres o desejem assim como ele as deseja. No entanto, sabe-se que o homem é muito mais "ousado" sexualmente em direção às mulheres do que o contrário. Desta forma, ao "encarnar" como mulher, é natural que uma estrutura psicológica masculina traga sua tendência original de busca da sedução por meio das "cantadas". Investindo em um corpo feminino, passa a sentir-se privilegiada, pois, sendo mulher, passa a ser alvo de muito desejo por parte dos homens. Tenderia, então, naturalmente, a hipertrofiar a busca desta sedução, fazendo-se mais sedutora do que naturalmente já é só pelo fato de ser mulher. Só que esta sedução vai carregada de uma ambivalência porque, ao mesmo tempo, seduz e se faz dominada pela própria condição de mulher. Ou seja, é justamente o fato de ser mulher que a torna tão sedutora e, ao mesmo tempo, tão frágil, passiva e dependente, características essas que rejeita por guardar ainda resquícios de sua estrutura psicológica masculina. Daí o conflito de muitas destas mulheres sedutoras e pouco femininas dominadas por muitos como "mulheres fálicas".

### **Sedução associada ao distúrbio histriônico**

Neste caso, parece tratar-se de estruturas realmente imaturas e infantilizadas afetiva e sexualmente; são mulheres que trazem o germe da maternidade e da feminilidade e se colocam mal na posição "afetiva" da mulher que assume o seu desejo sexual. Ou seja, parece que a função maternal de algum modo obstaculiza a "atividade" da sexualidade feminina, como mostra a evolução da história dos costumes. Só recentemente o avanço da liberdade sexual permitiu às mulheres se destacarem do seu estigma de procriadoras. Sabe-se que, até pouco tempo atrás, era comum que os homens tivessem uma "mulher oficial" em casa para as funções maternas e sociais e uma "mulher para as funções da sexualidade genitalizada", geralmente a prostituta.

### **Sedução associada ao distúrbio limítrofe**

Neste caso, a estrutura se mostra em condição inferior, do ponto de vista da evolução do psiquismo, ao da personalidade histriônica porque ainda está sujeita às fortes injunções da pulsão sexual. São estruturas "mais primitivas" no sentido em que não tiveram sua sexualidade genital encoberta pela maternidade, como no caso das histriônicas. Problemas educativos muitas vezes também desempenham um papel maior, porque a criança sem um modelo exemplificatório

ou educação adequada para controle dos impulsos não terá como fazer face às arremetidas do instinto.

Já em relação ao campo masculino, observam-se se algumas peculiaridades: o homem é mais naturalmente narcísico que a mulher; assim não é de se estranhar a preponderância deste distúrbio associado à sedução no sexo masculino. A característica de personalidade limítrofe no homem vai acompanhada mais de comportamentos disruptivos sexuais do que propriamente sedutores. Ou seja, o homem atua sua pulsão mais diretamente na genitalidade (estupro, múltiplas vinculações extemporâneas, masturbação, homossexualismo) do que no jogo da sedução.

Como discutimos acima, o distúrbio de personalidade histriônica parece estar relacionado no homem com a presença de elementos de homossexualidade. Do ponto de vista estrutural, pode-se inferir tratar-se de casos de inversão em que os homens mantêm algumas características estruturais da personalidade feminina, como uma certa "hiperemotividade", base sobre a qual se acesa o distúrbio de personalidade histriônica (conforme Nasio, em "A histeria: paradigma do feminino").

## **DISTÚRBIOS SOMATOFORMES E PERSONALIDADE HISTRIÔNICA**

Também é freqüente, no transtorno de personalidade histriônica, a associação com sintomas somáticos. É o que passamos a estudar aqui, a partir de um caso clínico.

### **CASO CLÍNICO**

Márcia Helena, 35 anos, costureira, procura atendimento psiquiátrico por insônia, ansiedade, múltiplos problemas familiares: desobediência dos filhos, filho menor "muito doente" (segundo suas informações), marido frio e distante que trabalha à noite, perdeu o controle sobre a vida afetiva das filhas etc. Quando morava na zona rural, seu estado de espírito parecia estável, e imputa sua vinda para a cidade como um dos fatores geradores de seu transtorno psíquico atual. A paciente tem poliqueixas familiares e somáticas. Dores, palpitação, dispnéia de esforços, etc., tudo isso acompanhado de farta documentação médica paraclínica. Estende estas preocupações de saúde ao filho mais novo, a quem julga portador de "ausências tipo epiléticas", problema ortopédico vertebral "sério" etc. Preenche as sessões psicoterápicas com uma litania interminável de queixas: chora, exalta-se, choraminga, solicita anuência para suas atitudes, pede que o médico sirva de mediador de suas reivindicações em relação ao marido etc. Sua emotividade é muito lábil e alternante de um momento a outro; por exemplo: após um momento em que chora, relatando a frieza do marido, diante de uma observação pitoresca por parte do médico, a paciente já sorri, brinca e parece esquecer de toda a dramaticidade da situação anterior. Diante de uma grande verborragia, sintomática do desejo intenso de comunicar seus sentimentos, o examinador lhe pergunta por que não conversa com amigas, vizinhas, filhas etc. A paciente diz não confiar em ninguém, e que as amigas não iriam suportar suas reclamações.

Apesar de o distúrbio de somatização, no plano da análise simples dos sintomas, estar localizado no eixo I do DSM-IV, seus concomitantes personológico-temperamentais, sempre

presentes e ricos, fazem pensar em uma patologia de personalidade subjacente, e provavelmente anterior mesmo à presença dos sintomas de queixas corporais múltiplas. Vários estudos familiares e genéticos, sobretudo da Escola de Saint Louis nos Estados Unidos (Cloninger), têm apontado para a correlação entre a patologia de personalidade anti-social, em elementos da fratria masculina, e distúrbio de conversão e somatização entre as mulheres. É, então, possível que estas duas últimas entidades sejam uma variação feminina de uma "temperamentopatia" que se manifesta no homem com mais impulsividade, mais hipertímia e mais agressividade (sintomas dissociais).

Márcia Helena parece ser uma "temperamentopata" na medida em que tem uma inexplicada e imotivada ansiedade e hiperestesia emocional de base. Tais traços fazem com que sua apresentação seja a de uma "criança" sobrecarregada pelas duras responsabilidades e estresses inerentes à sua posição de mãe (de adolescentes) e de esposa, impossibilitada de suportar as vicissitudes da vida. Não aceita fatos contrários e tem imensa vontade de ter seus desejos satisfeitos incondicionalmente. Traços de personalidade histriônica são, portanto, evidentes.

Na relação clínica, a paciente parece cultivar o "drama", o "mórbido", e a relação psicoterápica parece substituir as queixas somáticas. Estas últimas não parecem em momento algum fruto de uma simulação consciente ou inconsciente (distúrbio factício), mas o simples reflexo orgânico de uma hiperestesia emocional ansiogênica com repercussões corporais várias. O excesso de "estímulos" que a cidade oferece em relação ao campo parece ter desempenhado um certo papel no desequilíbrio final de sua estrutura. A paciente assume uma postura ambígua face a suas demandas afetivas. Em direção ao psiquiatra, manifesta nítido desejo de "ser cuidada" por uma figura "supra-terrena", paterna, localizada bem acima das fraquezas de seu marido. Suas relações transferenciais, assim como as do mundo real, giram sempre em torno do "pedir algo", de exercer um certo poder infantil reivindicatório, e não uma relação de "igual para igual", de adulto para adulto. Não sendo uma relação biunívoca, sua posição é sempre a de um ser isolado. Este isolamento só faz piorar sua angústia, e assim um círculo se fecha.



## Capítulo 10

# Psicopatologia comparada dos distúrbios de personalidade do tipo borderline, histriônica, anti-social, narcisista e anancástica

---

A clínica é muito rica de exemplos de casos para os quais fica difícil a delimitação nosográfica entre um distúrbio de personalidade do tipo limítrofe, histriônica ou anti-social. Pensamos que esta contigüidade se dá não apenas no plano semiológico mas também no plano estrutural, apesar de esta última modalidade de abordagem não se adequar aos critérios descritivos do DSM-IV e da CID-10.

Antes de se tratarem de estruturas estanques, pensamos que estas três entidades fazem parte de um *continuum*, indo desde estruturas mais "primitivas" até as mais elaboradas. Poderíamos, dentro desta concepção, postular que o distúrbio de personalidade anti-social seja o mais "primitivo" ou regredido, como se queira. A efervescência pulsional destes indivíduos é extrema a ponto de Alonso-Fernandez citar uma verdadeira alteração do fundo endotímico-vital para explicar a tumultuosidade de sua crueza instintiva. Suas pulsões libidinais ou agressivas têm de ser evacuadas sem interposição, a qualquer custo. Quase sempre são indivíduos hiperativos e "à cata de novas sensações". É muito provável que haja verdadeira dificuldade no processo de secundarização, apesar de que em raros casos se observa esta caoticidade instintiva em sujeitos inteligentes, que perseguiram certa escolaridade. Estes casos realmente colocam uma situação difícil: a de se entender a convivência de tal primitivismo pulsional com uma secundarização ou com um sistema de "sinalização" evoluídos. Pensamos que estas estruturas psicopáticas ou anti-sociais possam sofrer um processo de "borderlinização", caracterizado por:

A) Maior secundarização pulsional do que as personalidades anti-sociais.

B) Indivíduos isentos da perversidade "natural" dos anti-sociais, na vigência de um abandonismo afetivo intenso, podem passar a adotar condutas desviantes de feição psicopática, com disgenesia do superego promovida pela dificuldade precoce e posterior do esquema de triangulação edipiniana. São indivíduos que, muitas vezes, apesar de clinicamente (descritivamente) psicopatas, não têm o "núcleo perverso comum" dos mesmos.

C) Pensamos que algumas formas "abrandadas" de psicopatia possam cursar clinicamente como borderlines. Nestes casos, os indivíduos dão vazão a apenas uma parte de seu mundo pulsional intenso, resguardando outras áreas de funcionamento normal, no campo profissional, afetivo, social. É desta forma que vemos os casos de algumas mulheres com um comportamento

ninfomaníaco, múltiplas ligações, preferência por homens casados, relações homossexuais esporádicas, mas que mantêm o comportamento mais ou menos adaptado em outros setores da vida. Esta sexualidade caótica, mas não perversa no sentido de perversão sexual, é vivida sem nenhuma culpabilidade como no psicopata anti-social. No entanto, ao contrário deste, as perdas experimentadas pelos borderlines são intensamente vividas, dando mostras de um esboço de proto-relação objetal, ainda narcísica é verdade, mas nem por isso inexistente. Já as "anti-sociais" não chegam a sofrer estas perdas, ou porque não integram o parceiro como um "indivíduo total" (este é apenas um catalisador da satisfação pulsional) ou porque "metabolizam" estas perdas com importantes fugas maníacas.

É justamente esta "proto-objetalização" do borderline que, desenvolvida em verdadeiras relações objetais, poderá ajudá-lo a secundarizar, já que a "perda", quando induz à depressão ao invés da fuga maníaca, é fator de secundarização pela "espera" e pelo investimento no pensamento que induz. A partir destas secundarizações "forçadas", o indivíduo ascenderá pouco a pouco a secundarizações mais "calmas" e pacientes, que o ajudarão a fazer frente à crueza do mundo pulsional.

Um fato clínico facilmente observável nos borderlines é a automutilação: unhas nos braços, riscos de giletes, batidas de cabeça contra as paredes etc. Esta agressividade ou frustração autodirigida muitas vezes assume o papel de mensageira, assim como a conversão para a personalidade histriônica. No caso das mulheres, a "histerização" das estruturas borderlines pode ser observada com frequência nas seguintes circunstâncias: uma paciente acostumada a múltiplas vinculações sexuais começa a "objetalizar" algumas de suas relações, passando, por isso, a sofrer com as perdas no campo afetivo. Mas, quando se dirige a novas vinculações, opta muito mais pelo caminho instintivo-pulsional do que pelas vias naturais do enamoramento (instintivo-relacional). É assim que se envolve com homens casados, parceiros mais velhos, ou simplesmente homens belos, sem atentar para a esfera propriamente afetivo-amorosa. Nestes casos, inevitavelmente novas perdas virão, dada a instabilidade de tais relações. A mulher, então, investe ou é investida na categoria de "mulher-objeto" e, cada vez mais, em um processo circular, "sexualiza" as relações. A esta sexualização de toda relação vêm contrapor-se relações com homens destituídos de interesse sexual pela paciente (ao menos conscientemente) como os pais, amigos e terapeutas. No entanto, como seu parâmetro relacional é sexualizado, as pacientes têm dificuldades em "dessexualizar" esta modalidade "inócua" de vinculação, calcada apenas na afetividade desinteressada. Ora, nesta dissociação entre a sexualidade e o afeto não estamos propriamente dentro do núcleo histérico? É assim que vemos muitas terapias transformarem beneficentemente estas borderlines em sedutoras históricas. Por outro lado, a angústia, não podendo ter mais exutório nos *acting-outs* (o indivíduo não é mais tão primitivo) e, ao mesmo tempo, não podendo ser canalizada satisfatoriamente pela secundarização (ainda insuficiente), desemboca no corpo, histerizando-o.

Nos homens, o destino destas estruturas borderlines parece ser um pouco diferente. Com seu temperamento biologicamente mais dominador que o da mulher, o homem "perverso em setor", ao adquirir regras de socialização (aprendidas por tentativa-e-erro e a duras penas), mantém o desejo de poder herdado da crueza pulsional de suas estruturas anteriores: psicopática

e borderline. Ora, este "desejo de poder" se associa quase sempre ao desconhecimento e desrespeito pelos direitos ou pela liberdade dos outros. Aí, encontramos-nos, neste momento, no seio da definição estrutural da personalidade narcisista.

Como as perdas se sucedem, a "secundarização forçada" induz a tendência ao domínio da pulsão pelo intelecto, já que o seu exutório pulsional seria "punido" se acontecesse cruamente. Tem-se aqui, então, a origem do "hiperintelectualismo" obsessivo. Por outro lado, o "núcleo narcísico" continua latente, priorizando o egocentrismo nas relações. Duas tendências opostas se confrontam: a tendência a satisfazer o narcisismo e o controle intelectual da pulsão (ou a tentativa de controle), cuja realização é sentida como ameaçadora à segurança do ego. Deste confronto surge a anulação da pulsão, cuja energia retida se acumula em forma de ansiedade e agressividade larvada. Ora, toda esta estruturação faz parte do distúrbio de personalidade anancástica.

Parece-nos, portanto, que se pode estabelecer um *continuum* etiopatogênico entre diversos distúrbios de personalidade quando analisamos sua estruturação e não apenas os aspectos clínicos num corte transversal.

# Capítulo 11

## Relações psicopatológicas entre os distúrbios de personalidade impulsivos

---

### O DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E A PERSONALIDADE DEPENDENTE

#### O distúrbio borderline

O distúrbio de personalidade borderline foi inicialmente individualizado por autores psicanalistas sob um prisma psicodinâmico. Esta descrição é recente e tem como seus principais avatares Kernberg, na América, e Bergeret, na França.

O trabalho de individualização deste distúrbio, desgarrando-o do conceito de psicopatia (ou distúrbio de personalidade anti-social), foi lento e sujeito a várias críticas entre as quais a de não se constituir em um distúrbio "independente", mas sim uma "variação" de outros distúrbios já bem especificados, tais como o distúrbio histriônico da personalidade, anti-social, esquizotípico (se atentarmos para a nosografia americana), desequilibrados (se adotamos como referência a nosografia francesa), e psicopatas (escola de Heidellberg).

Com efeito, a psiquiatria moderna, com o sistema DSM, optou por transformar o distúrbio borderline em uma entidade nosológica, retirando-lhe, assim, o *status* de instância difusa psicopatológica nascida da psicanálise. O que era um instrumento de trabalho teórico da psicodinâmica se transformou, para a psiquiatria, em uma entidade concreta.

Para o sistema do DSM-IV, suas características clínicas, resumida e simplificadamente, seriam: a) impulsividade; b) relações intensas e instáveis; c) falta de autocontrole; d) problemas de identidade; e) atitudes auto-agressivas; f) sentimento de vacuidade, solidão e tédio.

#### A perturbação de dependência da personalidade

Derivada do antigo "caráter oral", vê-se aqui mais um distúrbio de personalidade que tem suas raízes conceituais na teoria psicanalítica. Segundo o sistema DSM, suas características clínicas principais seriam as seguintes: a) ser dependente dos outros para decisões ou atitudes; b) submeter-se ou tolerar maus tratos para não se afastar de pessoas; c) insegurança; d) intenso sofrimento com separação; e) dificuldade em assumir responsabilidades próprias (evita ou permite que o façam por ele). Resumidamente, comportamento dependente, inseguro, submisso, medo de ser abandonado, dificuldade de tomar decisões sozinho, medo de magoar os outros.

Patologias psiquiátricas (do eixo I) podem também mimetizar tais características de personalidade, quando indivíduos com ansiedade e depressão passam a desenvolver um padrão de respostas dependente. Por outro lado, pais superprotetores ou invasivos sobre a individualidade

dos filhos podem criar o mesmo padrão, sobretudo em personalidades constitucionalmente astênicas.

Como se pode observar, este transtorno compartilha com o *borderline* de extrema dependência em relação aos outros para manter sua segurança e a integridade de sua identidade. Talvez se possa fazer aí uma pequena distinção: a de que o dependente o é mais por insegurança, ao passo que o *borderline* é dependente de um objeto afetivo para manter os limites de sua identidade, evitando perder-se, assim, na caoticidade da solidão e do tédio ansiosamente vivido e angustiosamente insuportável. Passamos a analisar esta relação mais de perto a partir de um caso clínico ilustrativo.

## CASO CLÍNICO

Paciente O. deu entrada no hospital com quadro de grande angústia associada a uma agitação psicomotora que o impedia de manter-se quieto, mesmo por alguns segundos. Vinte e três anos, estudante de Medicina. O paciente fora trazido por um colega a quem recorrera pedindo para "ser amarrado na cama e sofrer até o fim". Este quadro foi precipitado pela perda de uma namorada por quem esteve muito apaixonado. Esta relação transcorreu em meio a muitas tribulações, motivadas pelo extremo ciúme de O. Com efeito, O. exigia de sua namorada um "amor incondicional", complicado pelo fato de que ela ainda nutria uma certa afinidade por um ex-namorado. Impossibilitada de suportar as constantes investidas ciumentas de O., optou pela separação. Efetivamente estas manifestações de ciúme não eram banais: nestas crises, O. ficava possesso, quase delirante. A temática também beirava os limites da irracionalidade, pois pensava que sua namorada estivesse interessada por qualquer outro homem que O. julgasse atraente. Neste aspecto, assemelhava-se muitas vezes a um autêntico delirante ciumento. A reação de O. diante do ciúme era interessante: muitas vezes se aproximava do suposto "rival" e lhe dizia: "Você está apaixonado pela A., não? Eu sei que sim... e vim lhe propor que a procure e declare por ela seu amor. Eu não colocarei nenhum empecilho a isto". Uma outra característica digna de nota durante estes momentos "fecundos" é a falta de capacidade de O. suportar qualquer frustração ou, dito de outro modo, sua impossibilidade de secundarização. De fato, em cada episódio em que O. tinha uma de suas interpretações sobre supostos "casos" de sua namorada, encontros fortuitos etc., imediatamente passava à ação, indo ao encontro do rival e da namorada, e pedia aos amigos que intercedessem por ele. Nestes instantes "deliróides" entrava em uma espécie de "frenesi" que permanecia até o esgotamento de suas forças ou até o advento de um desfecho "trágico", como término do namoro; nestes momentos, parecia ter um comportamento de "neurose de fracasso", procurando por todos os meios ver provadas suas suspeitas. Após um desfecho como o fim do namoro, entrava em novo desespero, novos *acting-outs* etc., até que o namoro retomasse seu curso. Daí permanecia em um período de relativa acalmia afetiva até o momento de novos ciúmes, nova crise etc. O paciente, então, consumia todo o seu tempo e todas as suas energias nesta relação desgastante. Praticamente abandonou seus estudos e passou a viver quase que simbioticamente com sua namorada. Quando do término de seus namoros, entrava em períodos de severas depressões reativas nos quais se culpava de toda aquela situação, de não ter tido

forças para vencer suas pulsões, de ser um fraco, um miserável etc. Decidia-se, então, a "dar um basta nisto tudo", a mudar suas atitudes para com a namorada; mas, passada a turbulência, demonstrava não ter incorporado nenhuma das suas promessas. Nos períodos em que estava só, decidia-se por tornar-se um "super- homem", ora no campo da ciência, ora na área da filantropia, da religião e assim por diante. Nos momentos de intensa angústia pela separação, pedia aos amigos e ao médico que o amarrassem na cama para que experimentasse, impotente, o último grau de desespero sem poder recorrer a nenhuma atuação. Em outras ocasiões, utilizava-se de medicação ou solicitava para que fosse medicado para suportar a angústia. Há mais ou menos três anos, havia atravessado uma relação semelhante com outra namorada que, por fim, resolveu mostrar-lhe que não o suportava mais, passando em sua frente abraçada com outro rapaz. No ínterim entre estas duas namoradas tinha relações afetivas superficiais com várias garotas sempre voltadas para satisfação sexual. Deliberadamente dizia não querer se aprofundar nos relacionamentos, racionalizando tal assertiva e dizendo que "eram as garotas que queriam assim".

Depois da frustração da primeira namorada, resolveu ir fazer vestibular na USP por julgá-la a melhor universidade do Brasil. Manteve esta idéia por muitos anos, apesar de persuadido inúmeras vezes pelos pais e colegas da inviabilidade de tal projeto. O., porém, convencia-se e desconvencia-se sucessivamente por desistir do intento, já no 4º ano do curso de Medicina em uma cidade do interior do país. Sua *performance* na faculdade sempre foi muito instável, sujeita às oscilações de estados afetivos e frustrações.

A história familiar de O. suscita interesse por algumas peculiaridades: a mãe, por exemplo, diante do desespero do filho em surto psicótico pelo fim do namoro, passou a negar que ele estivesse com um problema sério, que necessitasse de ajuda psiquiátrica etc. Foi veementemente contra o uso de medicação e tentou anular a situação convocando a antiga namorada e pedindo que ela voltasse atrás em sua resolução de terminar o namoro. Sabendo que seu filho estava internado, foi imediatamente ao hospital e o retirou contra a opinião médica, além de desacatar a equipe hospitalar. O pai sempre permanece fora de casa durante 15 dias, pois é dono de um hospital no interior, distante do domicílio e do resto da família. Apesar de compreensivo, não tem nenhuma ascendência sobre a organização familiar, pois há muito quem assegura a administração da casa e dos filhos é a esposa. A família pertence à classe média alta.

Depois do término do relacionamento afetivo, o comportamento de O. ficou extremamente instável. Quando começava a aceitar a perda da namorada, algum pequeno indício reacendia suas esperanças e o processo se reiniciava: abordava a antiga namorada, pedia esperanças para os amigos etc. Por várias vezes, procurou um ex-namorado de sua antiga companheira, pedindo que voltasse para ela, que ela ainda gostava dele e que se ele visse os dois juntos poderia aceitar mais facilmente sua perda. Aliás, sempre depois de uma negativa da ex-companheira tinha uma reação inicialmente desesperada e depois megalomaniaca ("eu vou estudar demais, vou ajudar a todos, não vou mais precisar de mulher etc."). Esta fase "grandiosa" durava a metade de um dia, depois da qual começava novamente a fazer suas "interpretações", ligar para amigos, procurar a ex-namorada. Este ímpeto progredia num crescendo até o desfecho que era sempre seu encontro com ela, uma negativa, um desespero, uma fase megalomaniaca etc. Não conseguia ficar nem um momento absolutamente só, tendo de ter sempre um colega a seu lado para

sustentá-lo.

No plano intelectual, O. também apresentava algumas particularidades, tais como enorme tenacidade e irredutibilidade em suas opiniões. É praticamente inarredável em algumas de suas convicções (como, por exemplo, aquele desejo de ir fazer vestibular na USP). Não obstante o fato de tais particularidades e seus inúmeros *acings-outs* o prejudicarem nos estudos, O. tem um nível de inteligência muito bom, com excelente entendimento sobre tudo o que lê. O problema é sempre um certo superficialismo na abordagem dos temas, assim como uma pulverização enorme de interesses intelectuais, o que o faz "borboletear" sem se fixar a nada especificamente.

O. é muito preocupado com sua imagem, e isto já foi motivo de muitas brigas com a namorada. De certa feita, após uma inocente brincadeira sobre sua calvície incipiente, a namorada foi surpreendida por uma áspera observação: "Se você tivesse uma deficiência assim como a minha não estaria chacoteando com ninguém". Em outra ocasião, ofendeu-se e repreendeu-a verbalmente proibindo-a de falar novamente sobre a beleza física de homens musculosos: "Quando você fala nisto, você me ofende, só porque não sou assim musculoso como eles; por favor, não o faça mais". Por várias vezes entrou em uma academia de ginástica e esportes, mas sempre as abandonava rapidamente. Aliás, a inconstância é uma característica de O., que frequenta várias denominações religiosas, movimentos estudantis, grupos de estudo etc., mas sem se filiar a nenhum de modo profundo e estável. Como indício desta instabilidade e atitudes repentinas, pode-se citar as inúmeras vezes que O. procurou sua namorada para lhe pedir uma nova confirmação de que não gostava dele, de que não queria realmente continuar o namoro, de que ainda não tinha nenhuma outra relação afetiva com ninguém etc. Sempre saía destas conversas arrasado, mas logo diante de uma nova esperança retirada de suas elucubrações interpretativas mais ou menos deliríodes, retomava uma atitude ansiosa e expectante que só terminava com nova negativa da namorada. Este círculo vicioso só foi rompido com o uso de medicação e uma breve internação, que consideraremos durante uma resumida nota sobre a terapêutica.

## PSICOPATOLOGIA

Um fator constante em todas as manifestações clínicas de O. é sua grande dificuldade em aceitar frustrações. Apesar de estas frustrações serem mais patogênicas quando pertencentes ao campo afetivo, pode-se observar que o problema existe também em outros setores, tais como, por exemplo, a dificuldade em aceitar a impossibilidade de entrar na USP. É assim que sua história é coalhada por uma sucessão de *acting-outs* (passagem a ação) que têm por objetivo anular e "atuar" a angústia da frustração.

A mãe, superpresente e invasiva, parece ter contribuído muito para a estruturação desta modalidade de funcionamento. Antes que o filho pudesse suportar por si só a falta, a mãe anulava o sofrimento e a frustração, repondo o "objeto" perdido, ou solucionando concretamente a situação penosa. Um exemplo claro desta maneira de atuação á a forma como a mãe tentou resolver a angústia do filho; ao invés de consolá-lo e fortalecê-lo como uma mãe "normal", ela: A) negou (usou o mecanismo de defesa de negação) que o filho estivesse com um problema sério, que necessitasse de

ajuda, que estivesse fraquejando etc.; B) tentou resolver a situação de modo "mágico", tentando fazer com que a ex-namorada voltasse.

Por estes e outros indícios, podemos observar que esta mãe também não tinha recursos para enfrentar uma perda ou ferida narcísica de maior amplitude.

A "intoxicação" de O. pelo modo de funcionamento mãe-filho foi majorada pela ausência concreta do pai e por sua fraqueza e impotência diante desta mulher que, com o tempo, passou a assumir todas as funções dentro de casa devido à distância do marido.

Apesar de sermos da opinião de que o distúrbio borderline de personalidade deva ter em sua etiopatogenia um amálgama de fatores psico-sociais e constitucionais, neste caso, o primeiro fator nos parece preponderante. Baseamo-nos, para isso, na constatação de que O. tem recursos cognitivos afinados, profundos e elaborados que permitiriam uma secundarização suficiente para que atingisse uma faculdade de Medicina. Ora, sabe-se da psicodinâmica do borderline, que ele tem muita dificuldade de secundarização, ou pela força crua e violenta da pulsão que irrompe emergente ou por fraqueza da constituição do "aparelho de pensar" (Bion). Pensamos que, quando há predominância do primeiro mecanismo (pulsão), os fatores em causa sejam predominantemente de ordem constitucional. Já no caso da falha de estruturação egóica que permita a secundarização, parecem entrar em jogo fatores externos psico-sociais. Nosso raciocínio é, portanto, o seguinte: se o paciente tem recursos suficientes para um curso universitário, provavelmente sua estruturação não seja tão primitiva como a que se observa em alguns borderlines tão atuantes e tão pulsionais que mais se assemelham a psicopatas anti-sociais. Ou seja, na patogenia deste caso, a irrupção pulsional não parece ser tão primitiva, e a maior falha está localizada no nível da estruturação do ego.

A abastança econômica na qual O. sempre viveu parece também ter desempenhado um papel na sua incapacidade para a frustração, pois seus desejos materiais foram quase sempre satisfeitos ostensivamente. Esta solicitude extremada aos desejos materiais parece ter tido, deste modo, o poder de contaminar a vida psíquica e dar-lhe a impressão falsa e mágica de que todos os desejos poderiam ser satisfeitos imediatamente.

Quanto aos ciúmes desproporcionais, parecem advir de uma insegurança ou falência na organização da identidade enquanto adulto e enquanto homem. Julgando-se fraco e de compleição frágil, o paciente passa a identificar nos "rivais" aquilo que gostaria de ser (musculoso, viril, cabeludo, determinado etc.) e, com ciúmes, pune a namorada (mãe) que o vai abandonar por estes atributos de beleza e força. Aliás, as exigências incondicionais de amor que O. faz à namorada bem atestam sua fixação edipiniana e sua busca da mãe-mulher que o aceite e o ame até o infinitamente suportável.

Fato curioso é que, nos relacionamentos superficiais que mantém com outras garotas, com interesse quase que puramente sexual, O. não apresenta esta psicopatologia. Parece intervir nisto outra peculiaridade do funcionamento de O.: clivagem do objeto. Ou seja, sexo é "material" e, como matéria, se consegue materialmente com facilidade (como tem sido desde sempre em sua vida). É assim que compra livros de Medicina caros e muitas vezes repetidos para os quais não dá muita importância. Evidentemente não pode exigir dos livros que o amem. Assim, não pode também exigir de seus "objetos" sexuais que o façam. Só exige de sua mãe este amor



infinito e incondicional, e por identificação desta com a namorada, esta última acaba sofrendo da mesma vicissitude.

Um outro dado curioso nas histórias das crises de O. é que, durante estas crises, sempre recorre a recursos religiosos, não importa de qual procedência. Em muitas crises chega a dizer: "Deus, livra-me de tanto sofrimento". Neste fato, vê-se claramente o recurso ao pensamento mágico da resolução mecânica de um problema. É também esta necessidade de negação que o impele a procurar os amigos, desesperado, a rogar destes que "lhe dêem uma esperança", nem que para isto tenham que mentir. Em certa ocasião, durante o desespero pelo abandono da namorada, ia de casa em casa dos amigos a lhes rogar uma luz de esperança, dizendo-lhe que ela poderia voltar um dia. A utilização destes recursos "deliróides" dá a clara medida da fraqueza dos lastros imagóicos que nos permitem suportar a falta e a frustração constantemente renovadas pelas contingências da existência.

## DISCUSSÃO CLÍNICO-NOSOGRÁFICA

O enquadramento de O. dentro de uma categoria diagnóstica levanta um problema geral comum a todos os distúrbios de personalidade: o da contigüidade, interpretação e superposição de critérios clínicos comuns a vários distúrbios.

Efetivamente, dentro de uma perspectiva dinâmica, não se pode estancar os vários distúrbios de personalidade dentro de limites restritos e rígidos. Parece ser comum a existência de quadros clínicos indicativos de situações intermediárias entre dois distúrbios individualizados e separados categoricamente. Nosso paciente O. parece assim estabelecer esta "ponte", um intermédio, entre o distúrbio borderline e o distúrbio de dependência. Do primeiro, guarda os *acting-outs*, a clivagem dos objetos, idealização e desvalorização, a impulsividade; no entanto, faltam-lhe vários critérios para o fechamento do diagnóstico, como, por exemplo, cólera, hetero ou auto-agressividade, uso de meios derivativos compulsivamente como sexo, drogas, bulimia etc. Apesar de suas dificuldades em controlar seus impulsos, O. raramente levava a cabo algum deles, sobretudo os que prejudicassem de modo importante os interesses de outrem. Suas alternâncias de valorização-desvalorização e clivagem do objeto jamais atingiram um grau de ódio, ou pelo menos às vias de fato decorrentes deste sentimento. A via normal de resolução de suas frustrações era sempre a angústia aniquilante seguida de arroubos megalomaníacos pueris do tipo: "agora que não tenho namorada, vou poder voltar a estudar muito, fazer musculação, ajudar os mais pobres etc.". Apesar de sua grande instabilidade, não deixou de seguir seu curso universitário nem de manter um pequeno grupo de amigos por longo tempo.

Por outro lado, O. apresentava claramente algumas características principais do distúrbio de dependência da personalidade, sobretudo a grande dependência em relação aos seus objetos afetivos. Sempre teve dificuldades em assumir responsabilidades e, desta forma, preferia posições subalternas. Apesar de sua namorada lhe dizer sempre que ainda nutria uma paixão por um antigo namorado, o paciente preferia sofrer as agruras de um amor não correspondido do que sofrer o abandono. Aí se pode ver, portanto, uma das características das personalidades dependentes, ou seja, a capacidade de tolerar mais sentimentos desprazerosos que a maioria das pesso-

as. Em suma, apesar de O. apresentar um padrão de dependência nas relações interpessoais que nos fazem pressupor um estereótipo "borderlineforme", não tinha a instabilidade, o desequilíbrio instintivo emocional, a impulsividade, a "anomia", a agressividade, a desconsideração pelos outros perante a premência de satisfação das próprias pulsões, fatores esses que caracterizam um *borderline-típico*.

Por outro lado, se algumas de suas características pessoais fazem subentender um distúrbio de personalidade dependente, o paciente apresenta vários traços e mecanismos psicopatológicos que o afastam deste diagnóstico puro e simples, tais como: a dificuldade de controlar seus impulsos diante da falta e da perda; sua inconstância em todas as atividades; a sintomatologia psicótica nos momentos de crise e de ruptura; a sintomatologia paranóide (tipo de delírios de "ciúme"); os *acting-outs*; o baixo limiar às frustrações; a clivagem dos objetos em bons e maus; a idealização e a desvalorização etc. Esta posição de O. entre as duas entidades faz pressupor que, entre um e outro distúrbio de personalidade, existe uma continuidade ou uma contigüidade, para assim evitarmos a irracionalidade de falar em "comorbidade" de distúrbios de personalidade.

Neste caso em especial, poderíamos pressupor que O. não tem uma sintomatologia grave e difusa o bastante para ser considerado como um *borderline*, nem um quadro de dependência simples e atenuado para se colocar como um dependente.

O parentesco entre as duas nosologias não fica difícil de se entender se lançarmos mão da teoria psicanalítica. Classicamente esta dependência está associada à fixação oral e à estrutura limite que, como o próprio nome diz, é uma instância entre a linha evolutiva neurótica e psicótica. Portanto, são ambas localizadas pré-genitalmente ao paradigma da triangulação edipiniana. Poderíamos pensar que a personalidade dependente seja uma ligeira evolução da *borderline*, evolução essa que possibilitou a ultrapassagem dos graves problemas identificatórios e de identidade que caracterizam o último, ou seja, o dependente teria ultrapassado um ponto no qual o *borderline* ficou ancorado e do qual não pode sair: a falência identificatória por provável carência de aporte afetivo familiar. Esta carência identificatória cria problemas de dificuldade de identidade e possibilita o surgimento do anaclitismo (a necessidade de se apoiar em outros para se tornar "alguém"). A falta de imagens estáveis (imagos), por sua vez, faz com que a falta e a perda se revistam de uma solidão e de um "buraco" insuportável, porque lá não estão as figuras parentais para consolar este trauma. Já no caso da personalidade dependente, o que parece estar em jogo é a falência da entrada na triangulação, permanecendo o indivíduo jungido a uma figura onipresente (geralmente a mãe), que anula a competição com o pai (ou este anula a si mesmo) e que, pelo vínculo simbiótico, não permite que o filho sofra por nenhuma perda nem por separação.

De modo um tanto esquemático, poderíamos dizer que o indivíduo normal, tendo pai e mãe (ou suas instâncias representativas), organiza com a ajuda deles sua estrutura de personalidade. Ao *borderline*, faltam estas duas figuras fantasmática ou concretamente, de modo que não se pode estruturar baseado em nada. Ao dependente, faltam a presença do pai para romper o vínculo simbiótico que se estabeleceu entre o indivíduo e a mãe, invasiva e superprotetora o bastante para impedir que seu filho construa a si mesmo pelos embates com a realidade.

## NOTA TERAPÊUTICA

Não pretendemos, neste curto espaço, nos delongarmos sobre o complexo e extenso problema da terapêutica dos estados-limite ou distúrbios de dependência. Pensamos, portanto, em nos restringir apenas aos elementos terapêuticos utilizados neste caso em particular. Como foi relatado acima, as constantes investidas de ciúme já vinham solapando seu relacionamento afetivo há muito. Em uma de suas crises homéricas, por motivo banais, a namorada resolveu abandoná-lo, por mais uma vez (ela sempre voltava rapidamente atrás em sua resolução nos episódios anteriores). Todavia, desta feita, quando ela nos procurou para um aconselhamento, foi orientada para manter-se firme na resolução de não voltar ao namoro e manter-se inflexível durante um período de tempo bem maior do que os dos outros episódios de separação. Diante das recusas reiteradas da namorada a retornar o namoro, O. foi piorando cada vez mais, a ponto de chegar a um estado depressivo-ansioso de tal magnitude que passou a ter reações deliríodes do tipo: "Serei um miserável, um vagabundo, um andarilho, porque agora entendo o motivo de sua desdita". Querendo, e mesmo pedindo, para ser amarrado em seu leito, necessitou então ser internado, dadas algumas idéias fugazes de auto-extermínio e por sua extrema mobilidade da casa de um para a de outro amigo, inclusive com várias investidas - algumas hostis - em direção à ex-namorada. Durante a internação foi medicado com benzodiazepínico, mas passou a apresentar um episódio confusional-amencial em decorrência da alteração do nível de consciência promovido pelo ansiolítico. Este episódio de obnubilação parece ter favorecido uma certa efervescência fantasmática, pois O. passou a ficar mais ansioso, mais angustiado, "vivenciando muitas cenas do passado" idilicamente experimentadas. Este episódio, que tendeu a se repetir com doses maiores, exigiu a prescrição de uma medicação neuroléptica de linha sedativa. Foi-lhe prescrita, então, clorpromazina, com melhor resultado. Gostaríamos aqui de abrir um parêntese para relatar que O. já vinha de um longo processo psicanalítico que, apesar de lhe ter fornecido suficiente *insight*, não conseguiu mobilizar a estrutura. Para se ter uma idéia do nível de compreensão a que O. chegou de seu problema, foi ele mesmo que, no decorrer de sua crise, nos disse: "... é, eu sei hoje que sou um borderline...". As dificuldades para que esta estrutura seja mobilizada dentro de um *setting* analítico talvez se devam às peculiaridades desta ambiência em que se é difícil infligir ou experimentar as frustrações ou atentados narcísicos experimentados fora. Além do mais, mesmo que no decorrer de uma sessão possa ocorrer um trabalho no sentido de resolução da frustração sem *acting-out*, o exíguo espaço de tempo permite que logo o paciente saia dali e "atue" sua frustração. Quanto ao *insight*, por ser inteligente e ter investido a secundarização (paradoxalmente, para um borderline), O. parecia não conseguir dominar seus impulsos pelo conhecimento que tinha deles. Em certa ocasião, disse-nos ter medo de se transformar em um drogadicto por ter de lançar mão constantemente de ansiolíticos para suas crises de angústia. Como se sabe, um dos grandes riscos potenciais das estruturas-limite é realmente a aderência toxicofílica.

Durante este episódio existencial penoso de O., nossa estratégia foi, portanto, diferente daquelas preconizadas pela psicoterapia voltada para o *insight*. Em primeiro lugar, optamos por instituir um regime de psicoterapia "intensiva", com acompanhamento muito próximo de O.

durante vários dias, até a relativa lise da crise. Sabendo que sua ex-namorada não intencionava abandoná-lo realmente, mas simplesmente "dar-lhe uma lição", a orientamos para que não cedesse logo aos insistentes apelos de O. para que reatasse o namoro como das outras vezes em que, apesar das promessas de O., não houve nenhuma mudança real em suas atitudes e comportamentos: ciúme patológico, dependência excessiva, aderência sufocante. Uma vez colocada em ação, esta situação gerou em O. uma angústia extrema pois, mais ou menos paralisado pela medicação e pela terapia de Milieu (combinada entre o psiquiatra e os colegas), O. foi "obrigado", talvez pela primeira vez, a suportar uma perda "crua". Com apoio intenso dos colegas (que o acompanhavam praticamente o dia todo) e do psiquiatra, O. foi pouco a pouco se acalmando em uma renúncia "depressiva", o que possibilitou inclusive uma progressiva redução da medicação. Depois de dois meses, já com a ferida narcísica "cicatrizada", sua namorada reatou o namoro, e até o momento O. não tem mais demonstrado toda a exuberante patologia do relacionamento que caracterizava sua vida pregressa. Posteriormente, as intensas fixações de O. com o tema de ciúme nos fizeram pensar na possibilidade de mecanismos obsessivos subjacentes (idéias prevalentes). De fato, o paciente respondeu muito bem a serotoninérgicos

Neste caso, centramos todos os nossos esforços na aceitação da perda e no enfrentar da falta e, para isso, utilizamos recursos talvez inspirados na teoria comportamental. Com efeito, no decorrer do processo psicoterapêutico, impedíamos que qualquer pessoa reacendesse em O. alguma esperança que o fizesse fugir da realidade da perda. Em uma ocasião, com o vazamento da informação de que sua namorada iria voltar, O. reativou todo seu comportamento de passagens ao ato, telefonando freneticamente para amigos, tentando se informar a respeito, abordando a namorada, andando de um lado para outro, indo ininterruptamente à casa de vários colegas etc. Contudo, contornada esta situação, voltou-se a lhe infligir a dura pena de abandono, e o processo retomou seu curso. Com esta "implosão", O. tornou-se mais calmo, menos sujeito a passagens-ao-ato e, generalizando esta conduta para o resto de seu comportamento, promoveu grande melhora.

A partir destas constatações podemos aventar a hipótese de que as psicoterapias baseadas em modificações de meio, em modelação do comportamento, tenham importância subestimada para o tratamento de alguns distúrbios de personalidade.

Já as terapias orientadas para o *insight* parecem estar sujeitas a pesadas dificuldades no trato com os "limites". Com isso, não queremos dizer que a teoria psicanalítica não tenha o seu lugar no tratamento do borderline. Pelo contrário, como pudemos verificar no decorrer deste trabalho, toda nossa formulação teórica se centrou mais ou menos na psicanálise e, de certo modo, foi ela o nosso "guia ideológico" para a aplicação da terapia voltada para o comportamento. Efetivamente, como se sabe, o próprio nome de "estados-limite" decorreu de importantes estudos de vários psicanalistas.

## **INTERCORRELAÇÃO ENTRE OS DISTÚRBIOS DE PERSONALIDADE BORDERLINE, ANTI-SOCIAL, NARCÍSICA E HISTRIÔNICA**

### **Problemas de gênero**

Muitos estudos, dentre os mais expressivos os de Cloninger, têm mostrado forte agregação familiar de distúrbios de personalidade do tipo disruptivo, como na representação concomitante de casos narcísicos ou anti-sociais predominantes entre os homens e casos de personalidade histriônica e borderline entre as mulheres. É, então, possível que um mesmo genótipo "temperamentopático" se manifeste no homem e na mulher diferentemente. (A hiperatividade também poderia explicar estes variados comportamentos).

A estrutura psicológica feminina se diferencia grandemente da masculina, sobretudo pelo "núcleo de maternagem". Este pode ser qualificado como uma instância psicológica sadia e, por estar dirigida para o "outro", evita que a mulher possa ser intrinsecamente perversa, agressiva e exploradora do "outro".

Assim, teoricamente, a patologia anti-social e narcísica seriam intrinsicamente adstritas ao "núcleo estrutural" masculino. Evidentemente que estas elocubrações de ordem teórica e estrutural têm numerosas exceções no campo da clínica. Esta receptividade ao campo do "outro" faz com que a mulher poupe o próximo dos reflexos de sua tempermentopatia e faz com que as características "automutilatórias" da personalidade limítrofe seja hiper-representada no gênero feminino. Mesmo a sedutividade do histrionismo feminino se resume em uma busca do "outro", e não em manipulação pura e simples como à primeira vista se poderia pressupor.

Poder-se-ia contra-argumentar dizendo que a vaidade feminina seria um avatar narcísico próprio do gênero. Deve-se, no entanto, ressaltar que a vaidade feminina geralmente tem um fim "objetual", uma busca de se fazer mais bonita para sua alteridade, para o "outro". Ora, é justamente esta alteridade que falta ao narciso, geralmente homem, cujo protótipo é o fisicultor, o "rato de academia" que se admira constantemente, admira seu poder e o usa para "dominar o outro", física ou afetivamente. Não há busca de troca, mas sim de submissão. O homossexualismo subjacente a muitos destes comportamentos caracteriza o autofílico homoerótico que se ama, se quer e se basta. Quanto ao comportamento anti-social ser também paradigmático da estrutura masculina, é evidente que uma "impulsividade testosterônica" exerce aqui um certo papel. É bem comprovada a ação da testosterona sobre a agressividade, impaciência, ansiedade, sexualidade, e, como os níveis séricos masculinos deste esteróide são muito maiores no homem que na mulher, é óbvio que sua ação se exerça predominantemente no homem.

### **Problemas das interações precoces**

Não obstante o temperamento congênito ter uma influência decisiva sobre o comportamento posterior (Chess e Thomas), são inegáveis as influências pejorativas ou facilitadoras das relações precoces com a criança. É de se esperar que uma boa "continência" do amor e da educação sobre um temperamento inicial hipertímico/hiperativo possa evitar que este puro traço biológico temperamental se transforme em uma caracteriopatía do tipo anti-social. Ou de outro modo, uma estrutura que caminharia inicialmente em direção a uma psicopatía grave, sem ade-

quada intervenção afetiva educacional, poderia ter seus sintomas "minimizados" por pais adequados. Assim, uma estrutura inicialmente altamente perversa como anti-social poderia ser "detida" em um estágio anterior da patologia e organizar-se em torno, por exemplo, de uma sintomatologia narcísica sem sintomas delinqüenciais graves.

Nosso paciente R., por exemplo, teve uma "maternagem" extremamente cuidadosa e afetiva, assim como um pai dedicado, afetivo e extremoso. Estudou nos melhores colégios e tinha alto padrão sócio-econômico. No entanto, desde a mais precoce infância mostrou profundo desprezo pelos outros, o que acaba redundando em brigas, fugas, agressividade clássica etc. Com o progredir desta educação afetiva e ética adequada, o paciente minorou sua sintomatologia, saindo de uma estrutura psicopática para uma organização puramente narcísica.

Analogicamente, no pólo feminino, a conjunção de uma temperamentopatia hipertímica/hiperativa com uma falência afetiva (sobretudo em consequência de uma inadequação materna) pode se degenerar em uma categoria limítrofe. Melhor aporte materno ou falência apenas da instância paterna (defeito da "edipinização") poderiam defletir a estrutura em direção a uma organização histriônica da personalidade. Equivalentemente, no campo masculino, a ausência (real ou fantástica) da introjeção do "Nome-do-Pai", da Lei, pode defletir a personalidade na direção de uma personalidade anti-social, ao passo que a ausência da mãe paralizaria a estrutura temperamentopática em uma fase pré-genital, ou seja, em uma ancoragem "borderline" da personalidade.

Tais considerações poderiam lançar alguma luz às dificuldades encontradas em diversos estudos genéticos dos transtornos disruptivos da personalidade. Livesley, por exemplo, não encontrou nenhuma correlação genética em atos delinqüenciais de gêmeos monozigóticos, ao passo que muitos outros autores têm achado forte agregação genética da personalidade anti-social em estudos de adoção. Provavelmente, tais discrepâncias se devem ao fato de que, não obstante o temperamento hipertímico/hiperativo ser herdado, sua exteriorização como atividade delinqüencial só se manifestaria na presença de fortes distorções afetivo-educacionais.

## Parte 3

As personalidades

depressivo-ansiosas

## Capítulo 12

# As personalidades depressivas, masoquistas e negativistas

---

### A PERSONALIDADE MASOQUISTA (AUTOFRUSTRANTE)

Os critérios diagnósticos do DSM-III-R para o distúrbio se baseiam em: comportamento masoquista, gostar de sofrer, não procurar safar-se de situação desagradável, incitar raiva, rejeição, abandono, desconsideração com os outros. Rejeitar prazer, diversão; achar que não merece nada. Auto-sacrifícios inúteis.

Apesar de esta categoria ter sido pouco elaborada em seu curto período de vida (foi recentemente deletada do DSM-IV), a existência de pacientes com tais características parece inegável quando se atém a documentos puramente clínicos, deixando-se elocubrações teóricas ou "politicamente corretas" de lado. Sabe-se que um dos motivos para deleção desta categoria no âmbito da psiquiatria americana foi a pressão de grupos feministas que julgavam os critérios diagnósticos caricaturalmente próximos da psicologia feminina, tida, então, como doentia. Se a organização estruturada de tal personalidade é de observação rara, a presença de mecanismos do tipo masoquista é corrente na prática. Passamos a descrever sucintamente tal tipologia psicopatológica.

#### **Masoquismo tipo narcísico**

O paciente julga-se injustiçado quando, por exemplo, recebe um salário que considera muito pequeno em relação à sua capacidade profissional presumida; julga que as namoradas que consegue não estão à sua altura, não são suficientemente bonitas etc. O paciente passa, então, a se depreciar, a se autoboicotar ou mesmo a agredir-se (tentativas frustras de suicídio), na tentativa de se sentir "revalorizado" quando as pessoas forem consolá-lo pela sua desdita.

#### **Masoquismo tipo dependente**

O paciente, extremamente dependente da apreciação e do apoio dos outros para com seus problemas, passa a procurar sofrimento, ou causa de sofrimento, para poder relatá-los com mais pungência, mais realidade, e ser assim consolado. A assimilação deste mecanismo é próxima das crianças que gostam de ficar doentes para poder ficar na cama, receber atenção das mães etc.

#### **Masoquismo tipo paranóide**

Pacientes com autofilia ou autoconsideração exagerada pelo próprio valor podem passar a reclamar pervasivamente, constantemente, dos "outros", da vida, de sua constante desdita.



Procuram motivos para alimentar estas queixas na tentativa de, ao mesmo tempo, agredir aqueles próximos que "não se preocupam com ele", assim como solicitar carinho redobrado deles. É o tipo "perseguidor-perseguido" tão bem descrito pelos clássicos franceses Dide e Serieux.

### **Masoquismo sexual**

A assimilação prazerosa quase que "fisiológica" de uma certa "dor" ressentida no ato sexual, principalmente pelas mulheres, pode estar atávica e evolutivamente ligada à necessidade das fêmeas de procriar com elementos masculinos agressivos e conseqüentemente com maior probabilidade de transmitir à prole características adaptativas para o meio hostil (ver: "O animal moral". Wright. Campus, 1996). A persistência patológica e regressiva de tais comportamentos pode gerar uma assimilação parafilica da dor com o prazer sexual.

### **Masoquismo tipo altruístico**

É o masoquismo daquele que gosta de sofrer pelo benefício dos outros. Patológico ou não, sua discussão do ponto de vista religioso-hagiográfico parece complexa.

### **Masoquismo tipo auto-agressivo, das personalidades limítrofes**

Intensas pulsões agressivas não metabolizadas ou canalizadas convenientemente sobre o ambiente podem gerar fenômenos automutilatórios, como se vê correntemente em personalidades limítrofes. A ausência da instância materna, continente da angústia e agressividade infantis, aliada a uma predisposição temperamentopática para a impulsividade parecem ser ingredientes presentes nesta condição.

### **Masoquismo tipo "factício"**

No distúrbio factício, ou síndrome de Münchaussen, condição na qual os pacientes simulam sintomas médicos, há, subjacente, uma pulsão autodestrutiva que paradoxalmente tenta atrair e punir a autoridade (no caso, o corpo médico).

## **A PERSONALIDADE DEPRESSIVA**

Já Hipócrates falava de personalidades taciturnas, advogando para elas uma patogenia biliar (a bile negra = melan + colia). Kraepelin a reconheceu, e Kretschmer elucubrou sobre a possibilidade de sua degeneração em uma depressão grave. Schneider, por sua vez, a colocou entre as suas "personalidades patológicas": a personalidade depressiva. Para esse autor, a personalidade depressiva, assim como todas as outras, não pode ser considerada como uma "doença", mas paenas um desvio quantitativo da norma. Para a escola constitucionalista francesa, representada sobretudo por Dupré e Delmas, não há uma personalidade depressiva propriamente dita, mas uma personalidade ciclotímica que tem muito mais sintomas hipomaníacos do que propriamente depressivos.

Tellenbach, psiquiatra alemão fenomenológico, descreveu o que pressupôs ser a personalidade de base dos pacientes com depressão clínica: o *typus melancholicus*. A característica

básica desta personalidade seria uma certa obsessividade, tendência à preocupação excessiva, sintomas hipocondríacos, ansiedade. Tais sintomas poderiam ser majorados ou desembocar em alguns sintomas evitativos ou fóbicos, gerando conseqüentemente dificuldade de empatização. Um Ideal de Ego muito exigente (necessidade de sucesso profissional, econômico, artístico ou acadêmico) associado com estas incapacidades congênitas pode gerar angústia intensa e amplificar ou desencadear sentimentos depressivos com repercussão clínica. A colocação destes sintomas entre os transtornos de personalidade parece ao mesmo tempo legítima e espúria; isso porque, não obstante manifestar-se como um "problema de personalidade", sua etiopatogenia se liga com muito mais propriedade a fatores endotímico-vitais do que a fatores caracteriopáticos.

Pacientes com temperamento de base ansioso podem, em decorrência de carências ou dificuldades afetivas infantis, desenvolver, *pari passu* com ansiedade, sentimentos de abandono, menos-valia, de incapacidade, de insegurança, de fracasso, de baixo limiar à frustração que, todos juntos, fazem pensar em uma organização depressiva da personalidade ou, como melhor diriam os psicanalistas, "anaclítica" (ver Bergeret, J. "Manual de psicologia patológica". Rio de Janeiro: Masson, 1984).

A psiquiatria americana vem flertando há muito com este conceito, mas ainda não teve a iniciativa de enquadrar a personalidade depressiva em sua classificação "oficial", deixando-a de lado como uma categoria de "espera" que requer mais estudos para ser convenientemente incorporada.

Entre os critérios diagnósticos do DSM-IV para pesquisas da personalidade depressiva estão:

A) Um padrão constante de cognições e comportamentos depressivos, começando na fase adulta, indicado por cinco ou mais dos seguintes itens: (1) humor usual dominado por tristeza, falta de esperança, falta de sentimentos agradáveis, taciturnez; (2) baixa auto-estima; (3) autocrítica e autodesprezo; (4) irritabilidade; (5) negativista e crítico para com os outros; (6) pessimista; (7) tendência para culpa ou remorso.

B) A condição não ocorre durante a depressão propriamente dita (transtorno afetivo) ou distímia (estado depressivo crônico).

Esta sintomatologia retoma as descrições clínicas de Kraepelin e Schneider quase que literalmente.

Tudo parece, portanto, muito límpido ou didático quando nos atemos a estes conceitos. As dificuldades começam quando se parte para a prática clínica, na qual dificilmente se encontra tal entidade: uma personalidade depressiva que, em decorrência dessa sintomatologia, passa a ter *performance* social, profissional ou pessoal comprometido pelo transtorno. É evidente que tais sintomas existem, e são extremamente freqüentes no contexto de uma depressão subaguda ou mesmo crônica; mas, se existem ou não enraizados na personalidade, é uma outra questão de difícil resposta.

Parece-nos claro que, em um momneto ou noutro, uma ou outra personalidade normal possa ter os sitnomas listados acima. Em muitas circunstâncias, esses sintomas são até adaptativos, quando, por exemplo, ficamos tristes com quem nos magoa, evitando, assim, rentosamente, a reaproximação com tal pessoa.

Há também as pessoas que têm temperamento mais taciturno que outras, mas daí a se dizer que isso constitui um transtorno vai uma grande distância (o transtorno médico é, por definição, desadaptativo).

Por outro lado, é muito comum a ocorrência clínica de pacientes que, portadores de uma personalidade anormal (frágil, facilmente desequilibrável, egodistônica), em algum momento crítico venham a desenvolver sintomas propriamente depressivos. É o que se poderia denominar de "depressão temperamentopática", em contraposição aos depressivos endógenos, cujas personalidades, fora do período de estado doentio, são relativamente normais. No entanto, e este é o fato crucial, o temperamento patológico de base nos pacientes que desenvolvem a depressão temperamentopática não é um temperamento astênico, anedônico, passivo, desanimado, apático, abúlico, culpado, como pressupõe a lista do DSM-IV, mas, pelo contrário, um temperamento ambicioso, obsessivo, ansioso, estênico, ativo, enérgico. É este tipo de temperamento que, ocasionalmente, premido por estressores de todo tipo, podem se quebrar ou "se esgotar", desembocando numa depressão clínica instalada. Ou seja, o temperamento dos depressivos temperamentopáticos não é um temperamento depressivo, mas sim ansioso-obsessivo-enérgico, em sua maioria. É claro que os ansiosos-evitativos-astênicos-retraídos também podem se deprimir; mas esta é uma eventualidade muito menos freqüente do que o caso anterior (o dos ansiosos-enérgicos-obsessivos).

Em síntese, a personalidade patológica pré-mórbida (seja ela ansio-astênico-evitativa ou, pelo contrário, ansio-estênico-obsessiva) da depressão temperamentopática é bem oposta dos sintomas de uma depressão, ou de uma personalidade depressiva do "tipo DSM-IV" (que nem chega a citar o sintoma da ansiedade).

## **Terapêutica**

Estas questões clínicas têm repercussão terapêutica imediata. Por exemplo, parece haver uma tendência de as depressões temperamentopáticas responderem melhor a medicações puramente serotoninérgicas (por exemplo, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina) do que a medicações puramente ou mescladamente noradrenérgicas (como, por exemplo, os antidepressivos tricíclicos) que podem resultar em piora da ansiedade, irritabilidade, sensação de "tremor por dentro", inquietação, insônia etc.

Mesmo fora da depressão, as características patológicas da personalidade dos temperamentopáticos, como ansiedade, obsessividade, evitação, parecem beneficiar-se em longo curso dos efeitos farmacológicos dos serotoninérgicos. Por outro lado, e a literatura hoje oferece ampla gama de provas clínicas disto, pacientes com depressão do tipo endógeno parecem se beneficiar mais de antidepressivos que contenham, além de mecanismos serotoninérgicos, elementos noradrenérgicos.

Do ponto de vista psicoterápico, há também importantes questões diferenciais. Por exemplo, os ansiosos-estênicos-enérgicos-obsessivos se beneficiam mais de procedimentos que mostrem as desvantagens de uma vida tão "ativa", de tantas ambições, de tantas preocupações operacionais, tanto controle, tanto desgaste hiperativo-laborativo-afetivo-intelectual etc., ao passo que os ansiosos-evitativos necessitam mais de uma psicoterapia voltada para seus proble-

mas de interações fóbico-sociais, sua hiperestesia, sua ansiedade antecipatória, sua ansiedade de *performance*, dependência, inibição das capacidades laborativo-intelectuais etc. Ou seja, são dois procedimentos psicoterápicos virtualmente antagônicos, e que devem ser adaptados para a patologia subjacente.

### **A PERSONALIDADE NEGATIVISTA (PASSIVO-AGRESSIVA)**

Os critérios do DSM-III-R para o distúrbio se baseiam em resistência passiva a tudo e a todos; o paciente se considera desvalorizado; não é frontalmente contra nada, mas "boicota por trás"; não aceita bem autoridade; reclama muito.

Indivíduos com padrão de respostas constitucionais do tipo conformista sobre um temperamento estênico, não-fleumático, acrescido de um ambiente sócio-familiar massacrante, podem gerar um grupo de condutas aparentemente conformadas, mas sub-repticamente revoltadas, ou seja, conformadas "à força". Grande parte das pessoas realiza em maior ou menor grau tais atitudes, sem que, portanto, possamos considerar estes comportamentos como patológicos. É possível que apenas situações extremamente massacrantes ou conformados extremamente irriquiados possam condicionar quadros clínicos de "esgotamento" depressivo-símile ou explosividade que digam respeito à gravidade da psicopatologia subjacente.

## Capítulo 13

### Distúrbio de personalidade ansiosa

---

Em relação ao distúrbio de personalidade ansiosa, a CID-10 e o DSM-IV divergem consideravelmente, uma vez que a CID admite esta rubrica de personalidade ansiosa (com a subdenominação de personalidade evitativa), ao passo que o DSM-IV mantém apenas esta subdenominação (evitativa), sem fazer referência ao termo "ansiedade". Os critérios do DSM-IV para o distúrbio se baseiam em: interesse nas evitações do contato social, ansiedade, preocupação, timidez, medo do ridículo e, ainda, achar-se inapto socialmente.

A natureza das duas rubricas (evitativa e ansiosa) parece também ter sido diferente, uma vez que a personalidade evitativa surgiu dos estudos de psicologia acadêmica de Millon (1981), e a personalidade ansiosa parece derivar de uma constatação da prática clínica psiquiátrica.

A CID-10 parece trazer implícita a idéia de que a "evitação" é consequência da ansiedade, ao passo que o DSM-IV dá a este fenômeno psicopatológico um *status* autônomo. Por outro lado, a classificação americana tenderia a classificar padrões crônicos de ansiedade entre os "distúrbios ansiosos", sobretudo o distúrbio de ansiedade generalizada. É difícil, porém, imaginar qual o motivo que levou os autores americanos a classificar um padrão permanente como eixo I, e não como transtorno de personalidade, uma vez que parecem incontestes as referências a pacientes com padrões crônicos de ansiedade.

Uma vez que estamos de acordo com a CID-10 ao classificar o transtorno de personalidade ansiosa como um distúrbio autônomo, passamos a descrever dois casos clínicos que, pensamos, corrobora nossa opinião.

#### CASOS CLÍNICOS

##### Caso 1

Uma senhora, Telma, 50 anos de idade, bancária, divorciada, primeiro grau completo, nos foi encaminhada pelo Serviço Social do banco a que presta serviços, por um "estado de esgotamento".

A paciente se queixava de muita ansiedade, "esgotamento", sintomas esses que pioravam com qualquer estresse, mesmo de pequena magnitude. Atualmente, sua maior fonte de preocupação é o relacionamento afetivo com um rapaz quinze anos mais jovem, de vida misteriosa, e que a paciente desconfia ser casado. O fato de o rapaz ser cantor, passar longos períodos fora, também é fonte de preocupação. Apesar de estar em psicoterapia psicanalítica há três anos, não tem conseguido alívio para os seus sintomas. Foi, então, iniciado tratamento com ansiolíticos benzodiazepínicos e psicoterapia, com bom resultado. No decorrer de uma viagem do médico, recorreu a outro psiquiatra, que lhe prescreveu um antidepressivo (IMAO) na vigência de um

desses períodos de esgotamento, causado por desentendimento seu e de seus filhos com seu namorado. Neste período, vários outros antidepressivos foram tentados, inclusive lítio, sem bom resultado sobre seu quadro psicopatológico que oscilava entre períodos de grande ansiedade, com subsequente apatia e abulia. Tendo retornado aos nossos cuidados, reintroduzimos benzodiazepínico (alprazolam) com muito bom resultado.

A paciente geralmente ia ao consultório muito bem vestida, sendo uma senhora discretamente obesa, bonita, apresentando-se bem mais jovem do que faria pressupor sua idade. No decorrer de todas as entrevistas sempre se mostrou muito ansiosa, falando sem parar, passando de um assunto a outro sem interrupção. De vez em quando respirava profundamente, de modo suspiroso, dando a impressão de cansaço ou sobrecarga de problemas. Em outras ocasiões acorria à consulta muito abúlica, apática, deitava-se no divã da sala de espera, entrava no consultório com ar de muito cansaço e desanimada, dando assim a impressão de estar "deprimida". Todos estes períodos de "esgotamento" se seguiam a episódios estressantes ou a momentos de grande atividade. Em momento algum mostrou comportamento sedutor ou de dependência em relação ao médico, conformando-se em ser uma "doente dos nervos". Frequenta atividades religiosas e tem senso moral fixo.

Refere outros sinais de ansiedade indiretos, durante o trabalho e em casa: dorme com os dentes cerrados e os punhos fechados, acordando às vezes com forte pressão nos maxilares. Em seu trabalho bancário, não suporta, nos momentos de "esgotamento", lidar com muitas pessoas; por exemplo, no trabalho de caixa. Já quando retoma a normalidade, gosta muito de trabalhar com pessoas, fazer *marketing* externo para o banco, vender apólices etc. É uma pessoa realmente muito sociável. Cuida de seus próprios negócios, às vezes de forma frenética. Nos períodos de muita ansiedade, tem episódios de grande e incontrolável tremor generalizado sobretudo das mãos.

Em meio a oito irmãos, julga que sua mãe, viúva muito cedo, não pôde lhe dar a atenção de que necessitava, por ser uma criança muito nervosa. De fato, sentia desconforto de se relacionar com muitas pessoas ou fortes emoções, quando, então, "desmaiava". Segundo relatos de sua mãe, no entanto, foi muito mimada por ela, não obstante ter sido hostilizada por dois de seus irmãos mais velhos que eram muito violentos. Foi criada na zona rural, onde se casou aos 14 anos de idade com um homem rude e adito do álcool. Trabalhava muito, cuidava da casa e, mesmo assim, o marido lhe batia bastante. Depois de seis anos de convívio caótico, resolveu separar-se e, após quatro anos, casou-se novamente. Seu novo casamento durou 15 anos, gerou quatro filhos, mas foi também muito infeliz, novamente devido ao alcoolismo do esposo. Durante estes dois casamentos chegou a desdobrar-se muito, assumindo afazeres da casa e obrigações externas, dada a inépcia de seus companheiros. Julga que esta sobrecarga tenha sido um dos fatores de seu desequilíbrio. Diz que sempre foi emocionalmente muito sensível, o que é confirmado por seus filhos.

Atualmente, vive relativamente bem em um apartamento em setor nobre, tem um carro e uma pequena chácara nas imediações da cidade onde costuma passar os fins de semana. A conselho de sua ginecologista, vem usando terapia de reposição hormonal depois da menopausa. Não apresenta, ao exame físico, nenhum dado digno de nota.

## Caso 2

Adélia é uma costureira, solteira, com 35 anos de idade, que procurou tratamento devido a uma insônia grave, sensação crônica de mal-estar subjetivo, dificuldades em relacionamentos interpessoais e alexitimia. A paciente tem olhar evitativo, é muito lacônica, e sempre mantém suas mãos ocupadas com algo (escreve, morde as unhas ou simplesmente olha para elas continuamente). Não possui nenhum déficit atencional ou sintomas de hipervigilância. Gosta de ter amigos, mas não consegue ficar com eles por muito tempo e os evita quando estão em grupo. Sua mãe nos relata que a paciente era uma criança tímida, introspectiva e evitativa. Portanto, parece-nos que este caso se encaixa perfeitamente bem nos critérios do DSM-IV para os distúrbios de personalidade evitativa.

No caso de nossa paciente do caso 1, o motivo clínico inicial foi o litígio com a cunhada. A partir daí, este fato passou a dominar a vida da paciente com uma intensidade desproporcional à gravidade do fato. Esta desproporcionalidade, no entanto, não se deve a nenhuma quebra da vivência, mas sim à peculiaridade temperamental da paciente (no caso, a sobrevaloração da vivência devida à ansiedade). O núcleo patológico em torno do qual gravitam outros sintomas parece ser a "inquietação ansiosa" apresentada pela paciente. A hiperatividade emocional não parece ser primária (como no caso das personalidades histriônicas), mas sim conseqüente à ansiedade primária. Por outro lado, a paciente não apresenta características fóbicas nem evitativas em nenhum momento da evolução, o que impede uma simples assimilação do quadro ao distúrbio de personalidade evitativa. Um distúrbio de ansiedade generalizado isolado pode ser descartado pelo padrão permanente de ansiedade e pela difusão dos sintomas temporal e espacialmente. Em determinados momentos, dada a agudização dos sintomas, geralmente devida a estressores psico-sociais, poder-se-ia falar em um enquadramento na patologia do eixo I (transtorno de ansiedade generalizada), mas também nesta paciente a ansiedade basal fora dos episódios é disfuncional.

Em relação às patologias do círculo afetivo, não há nenhum elemento fásico no quadro que possa fazer pressupor que esteja subjacente um transtorno afetivo. Além disso, o quadro é muito mais de ansiedade do que de exaltação vital. O padrão é permanente, o que também descarta uma variação cíclica. O fato de a paciente oscilar constantemente entre períodos de intensa agitação ansiosa e de abulia pode parecer tratar-se de um padrão ciclotímico. No entanto, se observarmos por outro lado, parece representar uma oscilação decorrente do desgaste energético pós-ansioso. Sempre depois de um período de grande ansiedade ou de estressores psico-sociais importantes, a paciente parece afundar-se em um estado de inatividade por esgotamento. Estes ciclos, também ao contrário do que ocorre nos transtornos afetivos, têm duração curta, restrita a poucos dias ou horas. Além disso, a paciente não tem exaltação franca ou comportamento hipertímico, mas sim grande ansiedade que aumenta sua atividade. Também este padrão de ansiedade provém de sua infância; doenças afetivas, ao contrário, têm uma evolução de padrão fásico e comumente se iniciam na adolescência ou, mais raramente, na infância tardia.

A utilização do carbonato de lítio por um período de tempo adequado e ausência de modificação do padrão psicopatológico podem servir como prova terapêutica de que o problema

não é primariamente afetivo. Sempre depois de uma fase de grande instabilidade emocional, com muita inquietação, irritabilidade, ou o advento de algum fato não convencional, a paciente atinge um ápice ansioso, depois do qual se entrega a um episódio de grande lassidão. Seria, portanto, uma forma "pseudo-afetiva" de um transtorno primário de ansiedade. Assim, uma sintomatologia com duração tão crônica e pervasiva, se enquadraria mais como transtorno de personalidade do que como distúrbio afetivo. Portanto, nesse aspecto, concordamos com alguns autores que mantêm a existência de um transtorno de personalidade ansiosa propriamente dita, diferente da personalidade evitativa, da qual é portadora a nossa paciente do caso 2 (Taylor e Livesley, 1995; Akiskal, 1985).

Desta forma, seria possível que tivéssemos pelo menos duas diferentes formas de apresentação da ansiedade constitucional: uma evitativa, como no caso 2, e uma simplesmente ansiosa, como no caso 1. Dentro da definição por nós adotada anteriormente, de que os distúrbios de personalidade se caracterizam por padrão permanente de comportamentos autolesivos, esta paciente se enquadraria neste critério. Sendo este padrão de comportamento "permanente" (ou seja, a paciente sempre foi ansiosa), não parece ser este o momento de se falar em um transtorno clínico do eixo 1.

Apesar de ser descrita grande associação entre transtornos do eixo 1 (de ansiedade) e personalidades dependentes e evitativas, nesta paciente não encontramos nenhum destes dois fatores, sendo a paciente independente (vive só) e, ao contrário de evitativa, muito sociável. Em contraste com nossa paciente número 2, que é claramente evitativa, não conseguimos delinear nenhum traço fóbico ou evitativo durante todo nosso seguimento ambulatorial do caso número 1.

A hiperestesia emocional da paciente pode fazer levantar a questão do parentesco deste quadro com o transtorno de personalidade histriônico, uma vez que para este distúrbio advogamos esta patogenia (conforme o capítulo anterior). É possível que tal parentesco exista; mas, apesar disso, não acreditamos na assimilação pura e simples destas duas entidades (personalidade ansiosa e histriônica). Nestas últimas, a ansiedade não é o elemento nuclear, e sim a imaturidade afetiva, da qual a hiperestesia faz parte.

Já no caso em questão, a ansiedade aparece de forma "pura", sem os outros concomitantes de imaturidade (sedução, dependência, busca afetiva desenfreada, transferência).

Finalizando, poderíamos dizer que um grande número de indivíduos passa a desenvolver sintomas evitativos depois de um distúrbio do eixo I, sobretudo de ansiedade, fobias, pânico. Por outro lado, indivíduos disposicionalmente ansiosos, submetidos a fatores sociais e familiares desfavoráveis (pais fóbicos, padrões truculentos, por exemplo) passarão a fortalecer seu padrão de respostas evitativas.

Resta, ainda, a difícil questão da diferença entre a hiperatividade e ansiedade, e também a questão das ansiedades de fundo orgânico. Ambos os problemas são discutidos em nosso trabalho Casos clínicos em psicologia patológica (Editora Medsi).



# Capítulo 14

## Distúrbio de personalidade obsessivo-compulsivo

---

Os critérios atuais do DSM-IV se baseiam em preocupação com ordem, arrumação, limpeza, detalhes, trabalhos, escrúpulos morais, perfeccionismo, rigidez afetiva, econômica e social.

### **DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE OBSESSIVA E PSICOLOGIA EVOLUTIVA**

Vários autores postulam que o distúrbio de personalidade obsessivo-compulsivo (DPOC) esteja relacionado à necessidade da humanidade de organização intelectual para dominar a natureza e as outras pessoas. Epifenômenos da DPOC como ansiedade, compulsões, irritabilidade, sintomas somatoformes e fobias podem ser explicados, sob esta perspectiva, como uma consequência da incapacidade dos pacientes de controlar as coisas como gostariam.

A etiologia e a patogenia do distúrbio de personalidade obsessivo-compulsivo (APA, 1994) é, até este momento, um campo de controvérsias, desde que os antigos paradigmas psicanalíticos largamente aceitos estão sob sérias críticas.

Já que vários autores postulam uma abordagem dimensional aos distúrbios de personalidade, é possível que o DPOC seja apenas uma forma extrema de variação do comportamento humano.

Orientados por dois casos clínicos, tentamos dar forma à hipótese patogênica baseada numa perspectiva sociobiológica-evolutiva.

### **CASOS CLÍNICOS**

O Sr. Armando é um professor de estatística de 45 anos de idade que veio ao médico devido ao que ele chama de suas "supertições absurdas". Ele tem medo de sair de casa, temendo a morte, e se sente compelido a lavar suas mãos e a tomar longos banhos para repelir perigos imaginários. Ele tem sido, desde então, uma pessoa metódica extremamente irritável. Sob estresse, suas preocupações habituais se tornam graves "supertições". A fluoxetina melhorou todos os sintomas.

A Sra. Nilma é uma mulher casada de 30 anos de idade trazida ao serviço de emergência devido a uma crise conversiva consequente a uma pequena discussão com sua filha. Ela já teve vários episódios similares e tem sido obsessivamente preocupada com a ordem e a disciplina em casa, preenchendo, deste modo, os critérios do DSM-IV para DPOC.

A Sociobiologia parece ter sido uma ferramenta importante na discussão dos distúrbios

de personalidade (Kofoed, 1988). Sob o ponto de vista evolutivo, podemos especular que a organização intelectual é uma conquista dos seres humanos. Na história do homem, a organização intelectual tem sido sinônimo de poder, mas pressupõe uma preocupação aumentada pela "ordem" que ele pretende dar ao mundo que o cerca. O problema é que o mundo está sempre fora de seu controle.

Podemos postular, então, que os indivíduos obsessivos reproduzem esta tendência da espécie e que os seus sintomas (ansiedade, compulsão, fobias, evitação, obsessão, controle, irritabilidade, conversão em nossos casos) são consequência de sua incapacidade de lidar com este "mundo desordenado".

Também poderíamos pensar que a ansiedade, conversão e fuga de situações (fobia) são fenômenos passivos ou secundários, sucedendo o déficit de controle, enquanto a irritabilidade aumentada e a compulsão seriam tentativas "ativas" de manter alguma forma de controle.

### **A POSSÍVEL TRANSIÇÃO ENTRE O DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE OBSESSIVA E O DISTÚRBIO OBSESSIVO-COMPULSIVO (DOC): ESTUDO DE CASO PROTOTÍPICO**

Passamos a relatar um caso representativo de uma amostra de oito sujeitos de transição entre DPOC e DOC. A partir de então, fazemos algumas considerações a respeito da patogenia desta transição.

Alguns trabalhos empíricos colocam que o distúrbio obsessivo compulsivo (DOC) pode gerar traços de personalidade compulsiva (Swedo, 1988), mas apenas questionamentos teóricos, majoritariamente psicanalíticos quanto à orientação (Rasmussen, 1989), lidam com a possibilidade de que a psicopatologia do distúrbio de personalidade obsessivo compulsivo (DPOC) degenera em direção a um DOC clínico.

Nosso propósito neste capítulo é demonstrar, a partir de um estudo de caso representativo de nossa série de oito casos semelhantes, a emergência do DOC como uma piora de traços prévios de personalidade obsessiva.

### **RELATO DE CASO**

Sandra é uma costureira divorciada de 45 anos de idade que buscou tratamento para sua insônia, ansiedade, inapetência e pensamentos invasores a respeito de envolvimento afetivo sexual com o padre de sua paróquia. Sua mãe, tia e prima foram prostitutas, e este fato fez com que ela se tornasse uma pessoa opositora e temerosa a respeito de promiscuidade sexual. Seu marido era muito crítico a respeito de suas incumbências domésticas e vigiava de perto sua conduta moral, por ser excessivamente ciumento. Além disso, ele era um alcoolista extremamente rude, e estes fatos a tornaram muito mais ansiosa e escrupulosa do que era antes de seu casamento. Após seu divórcio, ela se tornou evitativa em relação a contatos sexuais e afetivos, temerosa acerca de rompimentos afetivos. Contatos ambíguos e repetidos com o padre de sua paróquia a fizeram progressivamente apaixonar-se por ele. Ela jamais aceitou estes sentimentos,

defendendo-se por meio de negações. Ela pensava: "estes sentimentos não são sérios". Entretanto, à medida que o seu amor aumentou, ela se sentiu compelida a aceitá-lo e, então, ficou muito triste e ao mesmo tempo espantada por seus próprios sentimentos e pensamentos.

Depois disso, ficou inapetente, ansiosa, deprimida e obsessivamente preocupada com sua paixão. Amitriptilina e terapia cognitiva interromperam este ciclo pernicioso.

Alguns autores vêem íntimas correlações entre DPOC e DOC (Salzman, 1968), e outros, por sua vez, pensam de maneira oposta (Swedo, 1988).

Neste caso específico, poderíamos postular que o desapontamento emocional gerou um desarranjo biológico (alterações do sono, alimentação e humor) responsável pela piora na sua capacidade de lidar com os pensamentos egodistônicos que, simultaneamente, tiveram sua frequência aumentada.

## **O DISTÚRBO DE PERSONALIDADE OBSESSIVA E ALGUNS TRANSTORNOS SEXUAIS**

Há forte correlação entre o transtorno de personalidade obsessiva e desordens sexuais, como atestam trabalhos já antigos (ver Kaplan). Já Kraft-Ebbing chamava a atenção dos leitores de sua "Psychopathia Sexualis" para o caráter compulsivo de várias parafilias. A partir destas constatações, nosso grupo de pesquisa passou a interessar-se pelo tema, a ponto de organizar duas pesquisas estruturadas e um relato de caso sobre o assunto. Passamos a descrevê-las a seguir.

## **HOMOSSEXUALISMO E PERSONALIDADE OBSESSIVA**

Em uma amostra de 16 homens homossexuais, pudemos observar que onze deles preenchiam os critérios do DSM-IV para o distúrbio de personalidade obsessivo-compulsiva (DPOC). Tais pacientes freqüentavam uma clínica ambulatorial psiquiátrica, e a maior parte deles estava em psicoterapia, sendo que alguns estavam sob psicofarmacoterapia para distúrbio de ansiedade. Dentre os onze pacientes com DPOC, apenas quatro estavam clinicamente deprimidos, e dois preenchiam os critérios para distúrbio obsessivo-compulsivo, afastando, desta maneira, a hipótese de algum "efeito de comorbidade" entre estas condições. Nenhum deles satisfaz os critérios para disforia de gênero do DSM-IV. Não saberíamos analisar este achado sem cair em interpretações temerosas, tais como a de que a personalidade obsessiva é uma "defesa", uma tentativa de "controlar" tendências homossexuais ou, de maneira ainda mais ousada, uma tentativa de controlar a "sujeira anal", como diriam alguns psicanalistas. Outra possível interpretação é a de que os homossexuais teriam resquícios da conhecida "obsessividade feminina", cujo exemplo simplista poderia ser observado nas atividades cuidadosas e perfeccionistas de uma dona-de-casa a respeito de arranjo e ordem.

Não poderíamos dizer que há uma associação segura entre o homossexualismo e o distúrbio de personalidade obsessiva, já que é possível estarmos observando um "efeito de amostra" clínica enviesada. Mas, mesmo neste caso, persiste a questão a respeito da natureza de tal associação. Os homossexuais obsessivos seriam mais descontentes a respeito de sua condição do que

dos outros homossexuais? O perfeccionismo pervasivo inerente aos pacientes obsessivos poderia justificar as sensações dos homossexuais de imperfeição sexual? Nossas conclusões estão de acordo com as de outros autores que encontraram associação significativa entre o homossexualismo e distúrbios neuróticos (depressão, ansiedade, obsessividade) (Siegelman, Bell, Saghir).

## **ASSOCIAÇÃO ENTRE DISTÚRBO ERÉTIL E DISTÚRBO DE PERSONALIDADE COMPULSIVA**

Em uma clínica psiquiátrica ambulatorial, acompanhamos vinte pacientes com disfunção erétil diagnosticados de acordo com critérios do DSM-IV. Em seguida, examinamos esta amostra usando a SCID-II na tentativa de identificar distúrbios de personalidade associados. Pudemos encontrar, dentre 20 pacientes, onze com distúrbio de personalidade obsessiva, dois com distúrbio de personalidade evitativa, um com distúrbio de personalidade dependente e os seis restantes sem qualquer transtorno discernível. A despeito desta super-representação de distúrbios de personalidade compulsiva entre pacientes com distúrbios eréteis, há poucos estudos a respeito desta ligação; até onde sabemos, existem apenas relatos anedóticos (Kaplan, Gunderson).

## **RELATO DE CASOS PROTOTÍPICOS**

### **Caso 1**

Alan é estudante do segundo grau, com 20 anos de idade, que buscou tratamento psiquiátrico após haver descartado todas as possíveis causas urológicas de sua impotência sexual. Ele iniciou seus intercursos sexuais com 14 anos de idade e nunca alcançou o orgasmo, a não ser por meio da masturbação. Quando tinha dezoito anos de idade, após uma alta ingestão alcoólica, perdeu sua ereção e, desde então, tornou-se completamente impotente. Nunca teve namoradas fixas alegando que eram cansativas e exigentes. Além de tais sintomas, este paciente apresenta explosões coléricas, alcoolismo severo, perfeccionismo, "mania de limpeza", superpreocupação, "pensamentos excessivos" sobre assuntos irrelevantes e outros sintomas que, conjuntamente, preenchem os critérios do DSM-IV para distúrbio de personalidade compulsiva. No momento da primeira entrevista psiquiátrica, não estava mais bebendo e tinha interrompido suas tentativas de conseguir intercursos sexuais completos. Ele diz que seus problemas ansiosos começaram quando tinha seis anos de idade, logo após o divórcio de seus pais. O paciente refere que foi "forçado" a se tornar um "adulto precoce", já que sua mãe era sua confidente, e seu pai não aceitava suas queixas, dizendo que ele "deveria ser o homem da casa" em sua ausência. Alan se tornou cada vez mais "adulto", rejeitando brincadeiras com outras crianças, começando a beber aos onze anos de idade e assumindo algumas das responsabilidades da casa. Sua ansiedade, atualmente, o impede de assistir televisão por muito tempo ou ler qualquer texto muito longo.

### **Caso 2**

Fragmentos da entrevista

Paciente (P): - Doutor, eu estou com uma agonia muito grande a partir do momento em

que eu "falhei" sexualmente com uma garota muito bonita com quem comecei a sair. Com minha mulher nunca tive este problema.

Médico (M): - Agonia de que? De não ter conseguido fazer sexo com ela?

P: - De não ter dado certo... não ter conseguido fazer sexo com ela. Você entendeu? Não ter dado... O senhor está entendendo?

M: - Mas com sua mulher dá certo?

P: - Dá certo (responde rapidamente)... Com a outra não dá.

M: - Depois deste fato o que aconteceu?

P: - Fiquei deprimido, eu acho que estou ficando quase louco, não é? O porquê disso eu não sei.

M: - Tudo isso porque não deu certo?

P: - É... de não ter dado certo... me sinto fracassado, um... não sei... me deu até vontade de dar um tiro no ouvido... estou falando a verdade.

Neste pequeno fragmento de entrevista, pode-se ver sua intensa necessidade de verificação, perguntando sempre "entendeu?", "está entendendo?". Nota-se também uma "hiperdimensionalização" do problema a partir de uma disfunção erétil situacional passageira. O fato que o preocupa não é o ter "falhado" naquele momento, mas a ameaça à sua integridade, a sua "perfeição corporal" (sintoma obsessivo). Rigidez intelectual ou tentativa de controlar tudo (inclusive as emoções) por meio da razão pode ser um mecanismo apreendido de resposta em função de um padrão de exigências elevado dos pais. É provável que fatores disposicionais tenham também importância não desprezível.

Não é uma tarefa simples saber se o distúrbio de personalidade compulsiva está realmente super-representado entre os pacientes com disfunção erétil ou se estes pacientes, sendo mais preocupados com as funções corporais, simplesmente se queixam mais a respeito de suas dificuldades sexuais. Por outro lado, seria uma questão muito interessante saber se a disfunção erétil masculina é um achado relevante dentre os sintomas do distúrbio de personalidade compulsiva. Neste contexto, poderíamos postular que os pacientes com distúrbio de personalidade compulsiva são excessivamente preocupados com relação ao perfeito funcionamento de seus corpos e, desta maneira, também com a performance sexual.

## **ADIÇÃO SEXUAL: PSICOLOGIA OU PSICOPATOLOGIA?**

### **Caso clínico**

Paciente com parceiras sexuais múltiplas, ausência de remorso e sem sintomas suficientes para a caracterização de um distúrbio obsessivo-compulsivo. O paciente gostaria de "fazer seu casamento poderar" e consentiria em uma redução da libido.

Este caso poderia ilustrar muito bem nossa discussão sobre o "conceito" de distúrbios de personalidade (doença ou caráter?) em face de contingências sociais. Surge a questão: este homem é um paciente psiquiátrico? Nosso "ponto-de-corte" para conhecer a doença mental seria por "apresentar comportamento autolesivo" (semelhante ao aforismo de Scadding para toda a medicina - ver capítulos sobre problemas conceptuais). Considerando isto, este homem não é doente,

porque a atividade sexual não é um comportamento "diretamente" autolesivo. Desvantagens "indiretas" como o HIV, discordância conjugal etc. não podem ser consideradas, porque estas são contingências socialmente aprendidas e reforçadas. Contudo, se ele apresenta "atividade sexual impulsiva", a despeito de a atividade sexual ser altamente hedônica, nossos sistemas biológicos estão prontos a controlá-la a fim de preservar nossa integridade física. Por exemplo: não podemos copular a qualquer momento, sem sermos expostos a sérios riscos. Logo, nossos sistemas biológicos suportam algum atraso na satisfação desta atividade. Os riscos aos quais estamos nos referindo eram "diretos" em nossa vida primitiva na selva. Por exemplo, não poderíamos copular na presença de animais selvagens ou inimigos. Em nossa "vida moderna", tais fatores são muito mais indiretos, tais como o são o HIV ou a confiança conjugal.

Quando novas pressões sociais surgem contra nossos impulsos, temos que nos adaptar a elas e, na maior parte das vezes, conseguimos fazê-lo, não sem grandes conflitos. A "pressão social" é quase sempre (há exceções, evidentemente) convenientemente suportada e aperfeiçoa algumas modificações psicológicas adaptativas. A monogamia é, talvez, uma delas.

Então, para a maioria de nós, a monogamia é uma "contingência social" que nossos "sistemas biológicos" podem aceitar e conviver sem muito "sofrimento", sem "doença". Entretanto, é possível que, em pelo menos duas instâncias, este "sistema biológico adaptativo" falhe: a) no desarranjo cerebral; b) em algumas formas "externas" do espectro temperamental em que haja forte tendência para a impulsividade e satisfação pulsional. Não há qualquer dúvida de que os indivíduos do item "a" dizem respeito à psiquiatria.

Em relação aos indivíduos do item "b", poderíamos tentar modificar seu desequilíbrio com algumas "estratégias psico-sociais", como é a psicoterapia: por exemplo, tentaríamos mostrar ao paciente o intenso sofrimento de sua esposa devido a seus casos extraconjugais. Então, tentaríamos gerar-lhe algum remorso. Pensamos que a base desta "modificação psicológica" adicional poderia ser seu amor e conseqüente remorso em relação à sua esposa. Contudo, também é possível que as estratégias psicoterápicas e as correções sociais falhem no redirecionamento de seu comportamento. Neste caso, pensamos que, devido ao sofrimento dele e de sua família, poderíamos tentar lhe dar algum tipo de medicação a fim de reduzir seus impulsos. Neste caso, trataríamos um problema "embasado socialmente" com recursos médicos. Este indivíduo não seria um paciente "psiquiátrico" (ele não possui impulsos excessivos em outras áreas de sua vida, não apresenta quaisquer comportamentos autolesivos diretos, não tem dano cerebral etc.), mas recebe tratamento psiquiátrico. A única condição que deveríamos respeitar no tocante a casos como este é minimizar o sofrimento e melhorar o bem-estar do paciente. Não podemos travar esta luta pela adequação de "pressões sociais ou familiares" sem assumir o risco de nos tornarmos médicos antiéticos.

Em nossa experiência clínica, a maior parte dos pacientes que não conseguem adequar seus temperamentos às regras sociais tem algumas formas de temperamento autolesivos em uma ou, sobretudo, várias áreas de suas vidas. Entretanto, a despeito de ser esta a nossa prática, pensamos que também seja possível que algumas formas "não-patológicas" de variações de temperamento não possam adequar-se a algumas regras sociais. Neste caso, devemos observar acuradamente se não é a sociedade em si que está doente.

## Parte 4

# Os transtornos "psicóticos" da personalidade

# Capítulo 15

## As personalidades esquizóide e esquizotípica

---

### O DISTÚRBO DE PERSONALIDADE ESQUIZÓIDE

De acordo com os critérios atuais do DSM-IV, resumidamente, a personalidade esquizóide caracteriza-se por: 1) isolamento social voluntário desde a adolescência, gosto pela solidão; 2) indiferença, frieza emocional, afetivo-sexual; 3) desinteresse por relações sociais.

Um grande número de pacientes deste grupo poderia ser enquadrado como portador da "psicopatia autística de Asperger" (ver trabalhos da Escola Inglesa de Dagby Tantan e S. Wolff), hoje sabidamente pertencente ao círculo dos distúrbios globais do desenvolvimento, provavelmente sendo um pólo de excelência no *continuum* de apresentação dos quadros autísticos. Sendo o autismo de Asperger uma doença, e não uma personalidade, julgamos inadequada sua assimilação à personalidade esquizóide. No entanto, a idéia da existência de uma variante esquizóide da psicopatia anti-social é clássica, e alguns fenômenos clínicos, como o abaixo relatado, fazem-nos acreditar em uma existência real (Mutru, 1980).

### CASO CLÍNICO

José, com 17 anos de idade, é trazido para perícia psiquiátrico-legal por ter tentado esturpar e matar uma vizinha. Paciente calmo, voz baixa, diz que não se arrepende e não tem interesse pela noção do bem e do mal. Passa a maior parte do tempo cuidando de sua casa e de seu sobrinho, enquanto sua mãe trabalha fora. Não usa drogas nem manifesta nenhuma atividade delinqüencial, como furtos, fugas ou agressões.

Este caso poderia bem ilustrar a provável existência de uma variante esquizóide de psicopatia. Neste caso, um temperamento evitativo-ansioso poderia impedir a manifestação da impulsividade e hipertímia características dos psicopatas (anti-sociais).

### DISTÚRBO DE PERSONALIDADE ESQUIZOTÍPICA

Uma grande parte, senão todos os pacientes deste grupo, pertence ao círculo das esquizofrenias, particularmente de sua forma simples. Os critérios diagnósticos do DSM-IV para o distúrbio são: distorções cognitivas; desde a adolescência acha que é vítima de comentários chocantes, observações pejorativas, perseguição por parte dos outros; pouca ressonância afetiva; idéias estranhas ou excêntricas: supertições, telepatia, fantasias ou preocupações bizarras. Com



exceção da persecutoriedade e da alteração da ressonância afetiva (que limitam esta personalidade quase que exclusivamente ao círculo das esquizofrenias), pode-se observar, com frequência, pessoas do tipo "alternativo" que alimentam pensamentos do tipo mais ou menos "bizarro". No entanto, tais pessoas não necessariamente manifestam alterações severas na esfera interpessoal, suficientes para poder enquadrá-las como fazendo parte de uma nosografia personológica.

# Capítulo 16

## Distúrbio de personalidade paranóide

---

Os critérios do DSM-IV para o diagnóstico desta patologia se resumem em: desconfia e suspeita do pensamento dos outros desde a infância; acha que pode estar sendo explorado, ignorado, que os amigos e cônjuges são infiéis; isola-se por falta de confiança; vê um "segundo sentido" em tudo, geralmente como conseqüências prejudiciais para si; dificilmente esquece o que os "outros" lhe fizeram.

Na psicopatologia da personalidade paranóide um fator fundamental é a auto-referência, a preocupação do que "falam dele", do que "acham dele", que o observam muito, que não lhe dão o devido lugar ou valor etc. No entanto, ao contrário do narcisista que provavelmente compartilha dos mesmos sentimentos e cognições disfuncionais, os pacientes paranóides não têm as características "estênicas" dos narcisistas, que os levam à luta pelo poder e pelo lugar a que julgam ter direito por merecimento. Nos paranóides, pelo contrário, sua "astenia" os faz receptáculos de uma ruminação mórbida que, muitas vezes e em ocasiões especiais de estresse, rompe com a normalidade do raciocínio lógico, instaurando algumas modalidades de delírio.

O papel dos pais parece ser importante na "introdução" deste modo disfuncional de pensar, mas apenas fatores familiares e sociais muito improvavelmente dariam conta de toda a etiologia do distúrbio (é de se esperar que, aqui, como em todo o campo dos transtornos da personalidade, haja fatores temperamentais e conseqüências cognitivas que influam na patogenia).

Vários autores esboçaram algumas considerações sobre a psicopatologia (fenomenologia e patogênese) do distúrbio de personalidade paranóide. Os psicanalistas nos falam a respeito de mecanismos de projeção e formação reativa contra a vergonha e a humilhação (Shapiro, 1965). Outros, de uma perspectiva cognitiva (Pretzer, 1988), sustentam que cognições disfuncionais (como esta: "o ser humano é naturalmente mau") são a acusa da desordem.

Turkat acha que as intervenções paternas moldariam tais cognições disfuncionais (Turkat, 1990). Millon (1981), por sua vez, faz uma tipologia diferencial dos paranóides: narcisistas, anti-sociais, compulsivos e passivo-agressivos. Com base em sete breves estudos de caso de pacientes com distúrbio de personalidade paranóide, vários mecanismos psicopatológicos poderiam ser descritos: narcisismo, descontrole emocional, desvalorização, fobia, conteúdos socialmente aprendidos e desarranjo temperamental.

### RELATO DE CASOS

#### Caso 1

Paulo é um estudante de Filosofia de 30 anos de idade, trazido ao hospital devido a uma crise paranóide no curso de seu divórcio. Ele achava, então, que era um importante filósofo

marxista cujas idéias eram perigosas à hegemonia dos EUA. Segundo suas idéias, ele estava sendo espionado por agentes da CIA, que também haviam destruído sua paz doméstica. Acreditava que algumas mensagens na televisão eram direcionadas a ele e que suas "ondas cerebrais" eram telepaticamente captadas por seus inimigos. Três anos após seu surto psicótico, está aparentemente normal, mas continua a acreditar em espionagem telepática e traz ao seu psiquiatra o convite para a defesa de sua tese de doutorado, afirmando que seu tema "revolucionária" o campo.

## **Caso 2**

Marisa é uma pedagoga de 28 anos de idade com diagnóstico, segundo o DSM-IV, de distúrbio de personalidade borderline, cujas sessões psicoterápicas são repletas de situações como a seguinte: (ela diz) "Você me disse que na semana passada que eu podia tentar me matar porque o meu caso não tem solução. Eu tentei cortar meus pulsos, mas não consegui". Qualquer coisa que o seu psiquiatra diz tem um sentido pejorativo direcionado a ela.

## **Caso 3**

Lívia é uma dona de casa de 50 anos de idade com um sentimento crônico de desesperança e abandono. Ela tem quase certeza de que seu marido tem outra família, já pensou que ele era bissexual, acha que todos os seus genros traem suas esposas etc. Ela quase nunca sai de casa, sempre dizendo que "nasceu para sofrer".

## **Caso 4**

Joana é a filha de Lívia (caso 3), com 28 anos, e tem alguns delírios de ciúmes; é muito ansiosa, emocionalmente hiper-reativa e tem algumas características biopsicológicas masculinas: seu modo de andar, o fato de ser muito ativa, dominar seu marido, gostar de jogar futebol, ficar excessivamente chateada por causa de mulheres bonitas que poderiam atrair a atenção de seu marido, ser sexualmente hiperativa etc. Seu marido, por outro lado, tem alguns hábitos e constituição femininos: ele gosta muito de crianças, é muito passivo, calmo e submisso, é sexualmente hipoativo; sendo pedreiro, gosta de artes: esculturas, pintura, arquitetura, tem uma voz e maneiras suaves.

## **Caso 5**

Lúcia, outra filha do segundo casamento de Lívia (caso 3), com 25 anos de idade, não obstante ser uma pessoa calma, é teimosa, tem fobia social leve, eritrofobia e é bem mais desconfiada do que a média da população.

## **Caso 6**

Wesley é um garoto de 15 anos de idade, encaminhado à avaliação psiquiátrica devido a idéias prevalentes a respeito de sua identidade sexual (medo de ser homossexual), hipotímia e pelo fato de ter a "sensação" de ser criticado por suas "maneiras femininas" (que ele possui). Sua mãe está viúva desde que ele tinha quatro anos de idade e é muito intrometida em sua vida. Ele

também tem muita raiva de seus colegas "gozadores".

## **Caso 7**

Carlos é um tímido estudante de 18 anos de idade com alguns episódios depressivos, fobia social leve e surtos de ódio esporádicos. Todos os sintomas melhoram com antidepressivos, exceto a fobia social que chega ao seu máximo quando nos arredores de sua casa. Ele tem a "impressão" de que as pessoas da frente de sua casa (um pequeno armazém) sabem que ele foi apaixonado por uma garota que trabalhava neste local há quatro anos atrás.

## **Comentários**

Podemos notar que o traço comum nestes casos é a preocupação excessiva com supostos "ataques" direcionados aos pacientes. Contudo, a base psicológica destas crenças parece ser bem diferente.

Paulo tem a crença de que seu trabalho filosófico é tão importante ao ponto de despertar a ira do "poder capitalista", isto é, ele é tão perseguido porque é importante demais.

Marisa, por outro lado, tem sentimentos primitivos, não elaborados do ponto de vista cognitivo, a respeito de supostos ataques dirigidos a ela. Seu problema, portanto, é devido ao pobre controle cognitivo sobre suas emoções.

Lívia, por sua vez, tem sentimentos crônicos de não ser valorizada o bastante, de onde vem a crença de que seu marido a trai e de que muitas coisas acontecem "por causa dela". Podemos, então, interpretar isto como uma tentativa de se sentir o centro das atenções, mesmo quando estas são de valor negativo.

Resumidamente, estamos postulando que, além da alta preocupação consigo mesmas, as pessoas paranóides apresentam mecanismos patogênicos diferentes. Para Paulo, idéias sobrevalorizadas a respeito de seu talento e valor formam a base de suas crenças disfuncionais; para Marisa, por outro lado, são suas dificuldades de lidar cognitivamente com suas "emoções impulsivas", e para Lívia, seus sentimentos de desvalorização.

Da mesma maneira, as filhas de Lívia apresentam mecanismos patogênicos diversos. Joana parece preencher seu humor instável e conseqüente angústia com alguns conteúdos ciumentosos e quase delirantes que ela "aprendeu" com sua mãe. Ela parece preencher sua angústia constitucional com a idéia que sua mãe lhe ensinou: "a culpa é dos outros". O homossexualismo latente complica este quadro: Joana projeta sua atração inconsciente pela beleza feminina sobre seu marido e o ataca por seu interesse em belas mulheres; ao mesmo tempo, protege seu marido contra seu medo do homossexualismo dele, dizendo a si mesma que ele é um "Don Juan". O problema é que ela gostaria de crer que ele é um amante muito ativo e viril (de onde viria seu ciúme). Neste ponto, podemos observar um fenômeno psicológico interessante que discutimos alhures (Caixeta et al., 1997): casais heterossexuais, homossexuais latentes, em que uma mulher ativa (andróide) se casa com um homem passivo (feminóide) e, por este meio, podem manter-se estáveis com suas atitudes heterossexuais.

A dificuldade de temperamento de Joana torna seu quadro psicopatológico mais grave do que o de Lúcia, cujos mecanismos paranóides parecem ser devidos a: 1) uma constituição fóbica

que a faz sentir-se muito insegura a respeito de seu meio circundante; 2) uma mãe que prejudica ainda mais sua leve deficiência social (predisposição fóbica) com suas cognições paranóides. É digno de nota dizer que Lúcia não é evitativa, tímida ou fóbica no que diz respeito a "contatos pessoais" (de pessoa a pessoa); portanto, ela não era primariamente paranóide em relação a pessoas, mas principalmente temerosa de ameaças externas, ambientais.

Wesley se encaixa perfeitamente na categoria kretschmeriana de sensitivos paranóides (Kretschmer, 1963), que têm uma bipolaridade "astênica-estênica" como seu mecanismo patológico.

Carlos parece ser uma caso típico de "delírio de referência fóbica", quando alguns fóbicos sociais pensam que outra pessoa está lhe dedicando muita atenção (Alnaes e Torgersen, 1988).

O caso de Paulo se encaixaria no tipo narcisista da tipologia paranóide de Millon (1981), enquanto Lúvia se adequaria no tipo passivo-agressivo. Os mecanismos patogênicos de Marisa não parecem encontrar semelhantes na classificação de Millon. No que diz respeito ao caso clínico de Wesley, poderíamos especular, assim como Millon fez a respeito de seu paranóide tipo passivo-agressivo, que um somatório de fatores paternos (ausência do pai, intrometimento da mãe) e constitucionais (a "espinha estênica" de Kretschmer) desempenhou papel etiológico importante.

## **DIFICULDADE DIAGNÓSTICA ENTRE TRANSTORNO DELIRANTE E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE**

O transtorno de personalidade paranóide oferece grandes dificuldades em seu diagnóstico diferencial com outras entidades psiquiátricas do eixo I, sobretudo a esquizofrenia inicial ou incipiente (ver Conrad, "La esquizofrenia incipiens") e o transtorno delirante (antigo transtorno paranóide).

A questão da delimitação dos transtornos delirantes (DSM-IV) face a outras doenças é complexa, uma vez que a própria validação diagnóstica interna destes transtornos é problemática. Pressupõe-se que a categoria seja heterogênea e comporte vários processos etiológicos diferentes sob sua rubrica diagnóstica. Por outro lado, o diagnóstico das formas incipientes da esquizofrenia é difícil, tendo-se inclusive cunhado na literatura americana uma "categoria de espera", o distúrbio esquizofreniforme, para quadros com menos de seis meses de duração.

De um modo tanto arbitrário e esquemático, poderíamos dizer que o transtorno delirante é o resultado de uma "descompensação" biológica ou psicologicamente motivada de um distúrbio de personalidade prévio (no caso, distúrbio de personalidade paranóide). Este, por sua vez, seria etiolologicamente determinado por fatores constitucionais (sensibilidade e autocentrção aumentadas), cognitivos (influências sóciofamiliares para um padrão de pensamento persecutório e referencial) e contingenciais (estressores biológicos e/ou psico-sociais).

Passamos, a seguir, para a discussão de um caso de pseudotranstorno paranóide de personalidade.

## CASO CLÍNICO

Maxwell, 16 anos, branco, estudante (8ª série), chega ao hospital com forte crise de choro. Alega que deve o início de seu desespero ao fato de não ter conseguido completar as relações sexuais com sua namorada e com uma prostituta. Diz que se sente traído pelos familiares, sobretudo pelo pai, que "escondeu dele assuntos referentes ao sexo". Pergunta a este respeito a todo momento, se sexo é realmente "bom". Durante a hospitalização, manifestou sintomas de excessiva preocupação corporal (garganta, cefaléia, vertigens e dúvidas quanto à própria masculinidade, alegando que os colegas faziam chacotas sobre seu suposto modo feminóide de andar e suas pernas, que julgava ter um torneado feminino). O paciente se queixava de mal-estar difuso e inexprimível. Em nenhum momento demonstrou indícios de delírios, alucinações ou alteração do pensamento, não obstante a impressão de estar meio "aéreo" pela demora em responder às perguntas ou mesmo atendê-las. O paciente explicou detalhadamente como passou a sentir-se inferior do ponto de vista físico e sexual, a partir do momento em que uma namorada flertou com um seu colega em uma festa em que também estava presente. Os pais, sobremaneira preocupados, se mostraram mais superprotetores do que habitualmente se vê, e a mãe, especificamente, solicitava todo momento ao médico para que se ativesse ou examinasse o filho por tal ou tal sintoma. Tratado com antipsicótico (tioridazina 300mg/dia) e uma psicoterapia de apoio, obteve boa melhora, e a medicação foi, então, descontinuada por período de três meses, durante os quais esteve bem. O diagnóstico inicial foi o de um transtorno delirante e o de um transtorno paranóide de personalidade (DSM-IV).

Com a retirada da medicação, voltou a apresentar novo quadro psicopatológico, desta vez mais grave, dizendo que seus pais não eram o que diziam ser, que o haviam enganado, que os livros que havia visto no consultório do médico eram de sua própria autoria. Interpelado pelo médico se realmente acreditava que tinha sido ele que havia escrito os livros, disse: "Você sabe muito bem que fui eu!". O contato afetivo se deteriorou muito, e o paciente passava o tempo todo de sua segunda hospitalização a queixar-se de vagos sintomas corporais e mentais: "Estou vendo as coisas como que em uma lente de aumento" (macropsia); "Minha mente está gravando tudo" (mentismo?). Boa melhora dos sintomas delirantes, exceto da "gravação", com uso de haldol decanoato 300mg intramuscular. Diagnóstico retido final: esquizofrenia.

O quadro inicial parecia o de um transtorno delirante evoluindo sobre um fundo de alteração de personalidade, uma vez que a sintomatologia apresentada parecia muito complexa psicologicamente e ancorada sobre características sensitivas prévias de personalidade. A riqueza da trama, "astenia - medo homossexual - impotência - delírio de referência", parece saída dos relatos de caso de Kretschmer, para quem a conflituação ético-sexual em um terreno astênico-estênico era a causa dos delírios sensitivos de referência. Esta "continuidade" dos sintomas com a curva vital e personalidade prévia do paciente falam muito a favor de um desenvolvimento paranóide, assim como aparente "compreensibilidade" do delírio. O aspecto "reativo" da psicose inicial aos traumas afetivo-sexuais (traição da namorada, impotência, nojo do prostíbulo onde viu a prostituta com quem teve relações ir novamente para a cama com dois rapazes etc.) parece também quase inquestionável. A continuidade destes quadros com a esquizofrenia é que prova-

velmente motivou Kretschmer a conjecturar sobre um possível *continuum* entre as suas personalidades sensitivas e as psicoses endógenas graves (parafrenia, paranóia "processual", esquizofrenia etc.). Nós, por outro lado, pensamos que este *continuum* é artificial, uma vez que este paciente, desde o início, já se apresentava com um processo esquizofrênico em curso.

Como a esquizofrenia, assim como qualquer outra doença mental, incide sobre um edifício psicológico previamente normal, é provável que, antes de destruir este edifício, os sintomas iniciais tenham uma "plastia" de normalidade ou compreensibilidade (Birnbaum). Sendo assim, algumas formas de distúrbios delirantes e o distúrbio paranóide da personalidade continuariam guardando toda a diferença etiológica face aos quadros esquizofrênicos, com uma patogenia bem mais "psicogênica".

## Capítulo 17

### A personalidade fanática

---

Um dos poucos grupos de classificação schneideriana a não ser contemplado nas nosologias modernas, esta rubrica parece ser compatível com um grupo de indivíduos que se associam ferrenhamente a uma doutrina, provavelmente na tentativa de salvaguardar carências afetivas importantes, ou na repetição de uma educação hiper-rígida e chantagista (do tipo: "se você não fizer comunhão na Igreja, mamãe não gosta de você"). Não se constituem "doenças" a não ser quando associadas com fortes estressores condicionantes de uma patologia do eixo I (por exemplo, reações deliróides sobre a força da religião, dos seus poderes pessoais etc.).

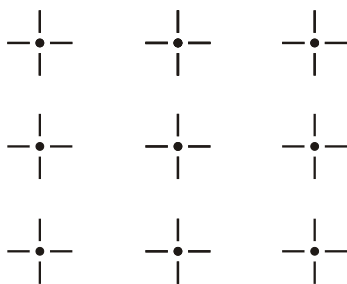
As personalidades psicopáticas do tipo fanática foram descritas inicialmente por Schneider. Apesar de haver uma concordância conceptual entre muitas rubricas do DSM-III e da classificação clínica de Schneider, as "personalidades fanáticas" não foram aceitas pelo sistema americano. Weitbrecht, discípulo de Schneider, dividiu-os em fanáticos "ativos e passivos". Os primeiros se aproximam muito do estereótipo de idealista e querelante, com traços paranóides. Já aos passivos cabe a imagem dos seguidores de seitas esotéricas, hippies, vegetarianos etc. que não incomodam muito a ninguém e vivem rigidamente aferrados às suas crenças. De acordo com Weitbrecht, seriam portadores de idéias sobrevaloradas ou prevalentes que teriam como causa um sentimento muito elevado de seu próprio valor, com pouca ou nenhuma dúvida sobre a própria posição e nenhuma insegurança sobre suas atitudes. A CID-10 também não considera esta categoria diagnóstica. Diante destas omissões, propomos o estudo de um caso, supostamente de personalidade fanática, com uma subsequente reflexão sobre a etiopatogenia.

#### CASO CLÍNICO

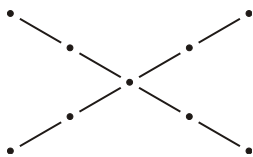
F. é um garoto branco, com 13 anos de idade, trazido por sua mãe porque ultimamente vem deixando de cumprir suas obrigações em casa e na escola para dedicar-se exclusivamente às atividades religiosas na igreja protestante da qual faz parte. Mora com a mãe, que trabalha fora o dia todo como faxineira, e com um irmão menor, do qual ajudava a cuidar antes da manifestação do distúrbio. A mãe tinha sucessivos namorados, alguns dos quais freqüentavam sua casa. De três meses para cá o paciente se tornara extremamente rígido quanto às suas crenças, evitando até tirar sua roupa suja para vestir a do hospital, que achava inadequada por ter as mangas curtas. Durante sua hospitalização, mostrou-se muito submisso, tentando tolerar toda situação difícil até o fim, sem reclamar; por fim quando a circunstância se tornava insuportável, queixava-se de modo polido, mas indignado. É possível que este "fanatismo" tenha surgido em decorrência do "vazio afetivo" dentro do qual F. se encontrava na ausência da figura paterna, na semi-ausência de sua mãe e nos seus sucessivos relacionamentos amorosos. A figura "forte" da religião apare-



ce, então, como uma tentativa de se colocar em um "enquadramento" existencial e num clima afetivo não encontrado dentro do lar. Pode-se pensar que, na igreja, o paciente se matriculou deliberadamente em uma "escola onde pôde adquirir o indispensável para viver de modo que julgava seguro: uma moral estabelecida e relações afetivas". Na ausência de outras motivações que compensassem a religião, esta passou a invadir e ocupar largos setores da personalidade que, em pessoas normais, estariam ocupadas com outras coisas: pai, mãe, família, namoradas, jogos, colegas, atividades intelectuais. A pobreza material e intelectual do meio de F. pode ter contribuído para esta "desertificação" de interesses. As relações desta modalidade de personalidade, que Schneider descreveu como fanática, com as descrições atuais do DSM são complexas. Poder-se-ia pensar que, no transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo (TPOC) há também um rigidez de crenças. No entanto, no TPOC a rigidez é ampla em todos os setores do funcionamento, o que não parece ser o caso de nosso paciente, que não tinha um comportamento obsessivo em relação a outras coisas. No TPOC, o que parece haver é um estilo cognitivo global na base dos sintomas, ao passo que, em nosso paciente, a base da fixação e da rigidez não é a cognição, mas sim o sentimento de solidão afetiva e de insegurança. No transtorno obsessivo-compulsivo de personalidade (Figura 3) o que acontece é que há uma série de cognições e comportamentos rígidos independentes um do outro, ao passo que, em nosso paciente, se observa a presença de uma idéia prevalente rígida que condiciona todo o resto. Neste ponto, assemelha-se à personalidade paranóide (Figura 4).



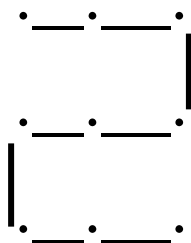
**Figura 3. Esquema estrutural das cognições no transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo**



**Figura 4. Esquema estrutural das cognições no transtorno de personalidade fanática**

No entanto, na personalidade paranóide, o problema primário parece ser uma autocentração que condiciona uma sensibilidade aumentada para ações dos outros, supostamente em prejuízo do paciente. Nosso paciente, ao contrário, arma-se com uma defesa para suprir sua própria fragilidade, e não para atacar ou defender-se dos "inimigos". O paranóide, jamais admitindo sua fragilidade, dificilmente aceita uma "filosofia ou ideologia" dos outros para viver, moldando isolada e narcisicamente a sua própria.

Apesar, então, de não acreditarmos em assimilação pura e simples da personalidade fanática ao transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva e ao transtorno de personalidade paranóide, podemos pressupor que esteja localizada psicopatologicamente entre as duas, análoga à rigidez de uma e à sistematização linear de outra (porque também na personalidade paranóide encontramos esta estrutura de ligação das vivências a partir de um ponto - Figura 5). Da mesma forma que o paranóide, também o fanático dá um poder superior de esclarecimento ao seu sistema. A diferença talvez esteja no plano afetivo, uma vez que faltaria ao fanático a agressividade vivida e projetada do paranóide.



**Figura 5. Esquema estrutural das cognições no transtorno de personalidade paranóide**

O problema do fanático seria então o da carência de um sistema cognitivo e afetivo estruturante para suas reais necessidades. Já o paranóide busca e exige uma valorização externa, nem tanto por real carência, mas por sobrevalorada exigência a partir de uma visão distorcida do seu valor. Para um fanático, o sistema adotado reflete uma questão de sobrevivência. Para o paranóide, uma questão narcísica.

## Parte 5

A personalidade em

outras condições patológicas

## Capítulo 18

### A personalidade nos transtornos alimentares

---

O grupo nosográfico dos transtornos de alimentação não é uniforme em sua apresentação nem em sua patogenia. Diferentes comportamentos alimentares obrigam uma divisão nosográfica, assim como a presença de fatores relacionais e genéticos falam a favor de uma etiopatogenia ao mesmo tempo biológica e psico-social. Passamos a uma delimitação nosográfica desta rubrica diagnóstica logo abaixo, devendo, no entanto, ressaltar que nossas concepções nosográfico-patogênicas, em certo sentido, não são totalmente superponíveis às majoritária e hegemonicamente vigentes (sistema americano de classificação - DSM-IV).

#### **ANOREXIA NERVOSA DO TIPO RESTRITIVO**

Nestas pacientes se encontram comumente antecedentes familiares de depressão, personalidade obsessiva. Esta forma de anorexia se aproxima do quadro da dismorfofobia e ambas podem remeter-se a uma preocupação exagerada e injustificada com o corpo. Preocupações monotêmáticas desta natureza são comuns em pacientes com transtornos do espectro obsessivo. Excluem-se aqui pacientes com distúrbio obsessivo *sensu strictu* e pacientes delirantes com sintomas corporais, que eventualmente podem ter sintomas anoréticos. Fatores temperamentais e mesmo afetivo-patológicos são preponderantes sobre elementos sociofamiliares. Muitas pacientes têm problemas relacionais com os pais, mas em grande porcentagem isto se deve ao fato de que os pais também são acometidos pelos mesmos distúrbios de temperamento ou personalidade, sobretudo do tipo obsessivo. Pais controladores, portanto, terão sérias dificuldades em "controlar" uma filha que não aceita controle externo justamente por ser hipercontrolada internamente. As repercussões psicológicas de uma tal diátese presumivelmente neuroquímica também são fatores deletérios sobre as relações interpessoais dos pacientes.

#### **ANOREXIA NERVOSA DO TIPO BULÍMICO**

Nestas pacientes, o quadro acima se associa com mais angústia, o que pode ser engendrado por fatores sociofamiliares. Esta angústia se manifesta como crises bulímicas. Por outro lado, é comum um anorético restritivo em fase de "melhora" passar para um comportamento bulímico, o que atesta menor controle ou menor obsessividade sobre sua função alimentar. Por outro lado, uma melhora do grande período de inanição anorética dá mais energia para o paciente, o que aumenta sua impulsividade e, portanto, suas crises bulímicas.

Obesidade familiar não é comum nas categorias acima.

## **BULIMIA NERVOSA**

Nestes pacientes, o que predomina é a angústia, em muitos casos condicionada, ou não matizada, por um ambiente familiar inadequado. Nesta última condição, a criança com um temperamento propenso à angústia não é convenientemente tratada do ponto de vista afetivo pela família, o que promove a manifestação clínica da angústia corporificada na bulimia. Não obstante pacientes anoréxicas se tornarem bulímicas com frequência (subtipo bulímico da anorexia), doentes com bulimia "pura" dificilmente conseguem ter controle suficiente para adquirir uma anorexia *sensu strictu*. A patogenia, no entanto, não é tão simplista assim. Como teremos oportunidade de verificar nos estudos de casos abaixo relacionados, problemas biológicos temperamentais ou mesmo doentios (depressão, obsessividade etc.) podem ser fortes fatores predisponentes à bulimia. Assim, fatores puramente psico-sociais não parecem ter um lugar ubíquo e unívoco na patogenia da bulimia.

## **COMER COMPULSIVO**

O quadro psicopatológico se assemelha ao anterior (os pacientes, no entanto, não vomitam nem têm condutas purgativas outras). Em muitos casos, pacientes com comer compulsivo começam a adotar condutas purgativas a partir de um momento tardio na evolução de sua doença, tornando-se, assim, tardiamente bulímicos, por "aprendizado". Fatores sociofamiliares têm bastante importância, e a angústia e a tentativa de controle são menores que no quadro anterior. Obesidade familiar é comum nesta condição. Há agregação familiar deste transtorno com a bulimia, sendo que, em muitos casos, esta última se manifesta nos membros do sexo feminino, e o comer compulsivo, nos do sexo masculino. Preocupações estéticas, maior obsessividade, menos impulsividade e maior controle são fatores observados mais nas mulheres do que nos homens e talvez expliquem esta diferença. No homem, o fator patogênico maior seria a tentativa de "atuar" a impulsividade, o que ele faz sobre a comida, sem a necessidade posterior de ter controle sobre a ingesta (sem a necessidade de vômitos ou outras condutas purgativas).

## **COMER EM EXCESSO**

São pacientes que comem bastante, sem episódios de comer compulsivo; geralmente comem a toda hora, em pequenas porções, sem a aura de "dissociação, ou pressa premente" que os bulímicos ou compulsivos têm. Agregação familiar de obesidade geralmente está presente e é possível que alguns destes pacientes com propensão à obesidade, em presença de fatores familiares angustiantes, possam desenvolver a bulimia ou comer compulsivo.

O Quadro 5 tenta resumir estas concepções.

**Quadro 5. Sintomas associados aos diferentes tipos de transtornos alimentares**

	Angústia	Impulsividade	Controle	Temperamento	Fatores familiares	Obesidade familiar	Peso
Anorexia restritiva	+	-	++++	+++	+	-	-
Anorexia bulímica	++	++	+++	+++	++	+	+
Bulimia	+++	+++	++	++	+++	++	++
Comer compulsivo	+++	++	+	++	++	++	+++
Obesidade	-	-	+	-	+++	++++	++++

## ESTUDO DE CASOS

### Caso 1

Patrícia procura ajuda psiquiátrica para uma anorexia tipo restritiva, eventualmente entrecortada por bulimia. Muito bonita, já foi *miss* em um importante concurso. Sua mãe sempre esteve muito preocupada com estética e controle do peso.

### Caso 2

Lúcia, irmã da precedente, é mãe de duas filhas com transtorno alimentar (vide abaixo): uma com uma bulimia e outra com comer compulsivo. Lúcia também já teve bulimia na adolescência, tem as mesmas preocupações que sua mãe (vide acima), tem depressão clínica, muito ansiosa e obsessiva, apesar de dócil e passiva no trato pessoal.

### Caso 3

Tayanna, filha de Lúcia, é uma adolescente muito bonita, independente, um tanto egocêntrica, fria afetivamente e pouco engajada em relacionamentos interpessoais profundos, inclusive com namorados. Controla seu peso vomitando, tem medo de ficar com o corpo da irmã (vide abaixo) e indis põe-se frontal e agressivamente às tentativas de controle de sua mãe sobre seu comportamento. Usa maconha com muita frequência. Não se engaja em psicoterapia, porque acha que "não tem nenhum problema psicológico", e diz não sentir "nenhuma angústia". Tayanna já fez um único episódio de anorexia franca.

### Caso 4

Luciana, filha de Lúcia, irmã de Tayanna, tem comportamentos de "comer compulsivo" desde a puberdade. Nesta época, foi muito cobrada pela mãe para controlar seu peso. Recebia dela mais críticas e pressões do que apoio. Sempre ao lado da irmã, era discriminada pelo fato de a outra ser mais bonita. Desenvolveu grande baixa-estima, também pelo fato de ser mais tímida

e menos assertiva do que a irmã. Apesar de também ter dificuldade no relacionamento interpessoal, é menos egocêntrica do que a irmã e tem espírito mais gregário do que ela. Luciana faz uso constante de maconha, para "se soltar com os outros", ficar "melhor consigo mesma".

Estas pacientes tiveram remissão quase completa da sintomatologia sob medicação serotoninérgica e psicoterapia.

Esta série familiar ilustra bem a complexidade do tema no que se refere a suas conexões psicobiológicas. Não resta dúvida de que um fator temperamental ou mesmo psicopatológico é transmitido intergeracionalmente. Este fator parece agregar ansiedade, evitação, obsessividade com conseqüente preocupação corporal excessiva (dismorfofóbica ou estética), tendência a episódios depressivos.

Podemos ver com mais nitidez a complexidade desta intrincação biológico-psico-social no caso de Luciana. Ao chegar na puberdade, as exigências calóricas aumentadas *pari passu* com aumento "fisiológico" da angústia provavelmente desencadearam este quadro alimentar. Este, por sua vez, foi muito piorado pela falta de apoio conveniente da mãe. Esta, de fato, ao invés de se entregar a uma "maternagem" satisfatória, de se tornar uma "mãe suficientemente boa" e criar um "espaço transicional" adequado (Winnicott), passou a criticá-la e pressioná-la para que não repetisse o drama que ela (mãe) tinha passado com sua bulimia na adolescência. Esta falta de "maternagem" em momentos críticos de sua vida refletiram, posteriormente, grande baixa-estima, sentimento de desamparo, solidão e inadequação tremendos. É evidente que fatores constitucionais-temperamentais também têm um certo papel nisto, mas a falta desta maternagem priva a personalidade deste efeito "tampão" que torna a vida mais doce, menos trágica, menos crítica. De fato, a mesma crítica que dirige a si, ao seu corpo, a sua pretensa "feiura" (ela não é feia), Luciana a dirige aos outros. Falta-lhe aquela "almofada afetiva psíquica" (que as mães sabem tão bem construir) para descansar placidamente suas tendências agressivas. Estas se voltam eventualmente contra si mesma, e explodem em orgias alimentares, nas quais fica claro o caráter ao mesmo tempo "hedônico-primitivo" e automutilatório. A tentativa de se firmar autonomamente junto às dificuldades intransponíveis no convívio com a irmã (esta esnoba sua beleza, faz questão de colocar-se em posição superior etc.), fez com que mudasse de cidade (não suporta a superioridade estética da irmã) para fugir da própria inveja e insuficiência. Esta fuga a prejudicou intensamente, uma vez que sua insegurança se manifestou. É interessante notar como estas duas irmãs lutam contra seu temperamento, sua fragilidade, sua passividade e sua insuficiência intrínseca. Ambas têm uma postura francamente "estênica" face ao mundo: querem ser lutadoras, combativas, feministas, famosas, poderosas, eficientes, profissionais respeitadas, independentes dos homens, abominam a vida de dona-de-casa de sua própria genitora etc. Provavelmente, sua obsessividade cognitiva (que é, em si, um fator de inteligência) tenha algum papel nestas características. No entanto, seu sistema temperamental-afetivo-emocional se sobrecarrega com tais estruturas, e esta discrepância gera um conflito que só faz piorar ainda mais as coisas. Ambas as irmãs fogem de todo contato profundamente humano que poderia retirá-las deste círculo patético e infernal. O medo deste contato tem sua origem, inicialmente, na estrutura evitativa de seus temperamentos ansioso-evitativos. No entanto, esta falta de proximidade das estruturas de maternagem (a própria mãe sofre da mesma temperamentopatia) impede, dada a

falta de passagem na infância pela relação fusional-simbiótica com a mãe, que elas se sintam "à vontade" em um encontro humano. Falta aquela bolha transicional, aquele espaço bom, lúdico, caloroso, calmo, e auto-assegurador que as mães (e pais) têm a capacidade de criar (ver Winnicott).

## **ESTUDOS EMPÍRICOS NA RELAÇÃO PAIS-FILHOS NOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES**

Passamos a seguir para o relato de algumas pesquisas que levamos a cabo com estas famílias.

Parece estar bem estabelecido que os bulímicos têm significativamente mais problemas com seus pais do que a população em geral (Garfinkel et al., 1987). Nosso grupo de pesquisa encontrou uma super-representação de distúrbio de personalidade obsessivo-compulsivo entre os pais de comedores compulsivos. Garfinkel et al. colocaram, como fatores etiopatogênicos familiares, (entre outros) alguns tipos de relacionamento que desencorajam a autonomia dos adolescentes. Baseados nestes fatos, decidimos investigar o relacionamento entre os comedores compulsivos e seus pais.

Seis pacientes ambulatoriais foram diagnosticados como tendo o distúrbio do comer compulsivo segundo o DSM-IV.

Em meio aos dados clínicos, pudemos observar que os pacientes, quase sempre (a não ser um dentre os seis), relataram uma influência deletéria significativa de um dos pais sobre eles. A seguir, relatamos três de nossos casos a fim de exemplificar estes achados clínicos:

### **Caso 1**

Miguel, um médico casado de 30 anos de idade, veio ao consultório psiquiátrico devido a episódios de comer compulsivo desde sua adolescência. Seu pai tem os mesmos sintomas (comer compulsivo) e seu irmão é obsessivamente preocupado com o medo de ganhar peso, controla as calorias ingeridas, e assim por diante. Sua mãe tem um distúrbio de personalidade obsessivo-compulsivo diagnosticado e controla tudo e todos em casa. Ela lhe surrava toda vez que ele fazia algo que desagradava muito. Após seu casamento, ele saiu de casa e seus episódios de comer compulsivo diminuíram significativamente, por fim desaparecendo completamente.

### **Caso 2**

Leonora, com 30 anos de idade, vem à consulta médica acompanhada por sua cunhada, por um problema de obesidade. É casada, bióloga, professora de Biologia em nível secundário. Além de episódios de comer compulsivo apresenta repentes de explosividade e já teve alguns episódios cleptomaníacos. É a terceira de uma prole de sete. A mãe, uma senhora muito calma, é o elemento de equilíbrio na família, já que o pai é muito nervoso, extremamente irritado e rígido na educação. Não obstante, o pai parece ter uma "predileção" pela filha Leonora; no entanto, isto não faz com que seja mais afetivo com ela do que com os outros, nem mais compassivo. O pai já bateu nas filhas e sua explosividade faz com que a mãe esconda todos os problemas caseiros dele. Quatro outros irmãos têm problemas com obesidade. Com o afastamento do ambiente



estressor familiar, os episódios compulsivos de comer, furtar e de explosividade foram ficando cada vez mais esparsos, o que nos faz pensar que, com o passar do tempo, tenderão ao desaparecimento.

Um elemento comum aos casos observados foi a existência de uma situação familiar altamente ansiogênica, geralmente protagonizada por um dos pais. Diante desta situação ansiogênica, uma das medidas de alívio da ansiedade disponível, na maioria dos lares de classe média, é a comida, donde a provável associação ansiedade-comer compulsivo. Uma das características psico-sociais destas famílias é que, apesar de forte elemento perturbador, no caso um dos genitores, a família permanece coesa, provavelmente graças ao sacrifício de um dos cônjuges. Parece-nos possível que estas influências prejudiciais possam ser mediadas por um comportamento excessivamente controlador dos pais sobre seus filhos. Seria igualmente possível que haja fatores temperamentais envolvidos no comer compulsivo, pela observação de que nem todos os irmãos de comedores compulsivos apresentam o distúrbio.

É provável que, se estas famílias fossem mais desagregadas, a patologia conseqüente fosse outra, talvez mais grave.

### **Caso 3**

Heloísa, branca, com 16 anos de idade, cursando o segundo ano do segundo grau, vem trazida pela mãe, com história de crises de "desespero", agressividade e bulimia. Há um ano, iniciou com anorexia após começar um regime, pois era um pouco "gordinha". Chegou a perder a metade do peso e necessitou internação para recuperar-se do episódio anoréxico. Nas fases cruciais da doença chegou a ter idéias depressivas, inclusive de suicídio. Mora só com a mãe, uma senhora viúva, ex-freira, muito rígida e ligada excessivamente à filha. Não gosta que a filha saia de casa, regula seus horários, amizades, namorados. Tem medo que a filha se transforme em ladra (porque já pegou umas moedas na casa de uma tia) ou em "vulgar" (porque abraça o motorista do ônibus escolar e alguns colegas no recreio das aulas). A paciente obteve grande melhora com fluoxetina 60mg/dia e psicoterapia familiar. No entanto, sempre que atravessa algum período de estresse, tem compulsão pela comida, sobretudo doces. Uma das mais importantes fontes de desequilíbrio são as reprimendas que a mãe lhe dá, por quase tudo o que faz.

### **ESTUDO EMPÍRICO DA PERSONALIDADE DOS PAIS**

Avaliamos a existência de transtornos de personalidade (Questionário de Loranger) nos pais de pacientes bulímicas femininas, no número total de dez pacientes entre 14 e 16 anos, e em grupo controle de garotas normais. O diagnóstico de bulimia foi feito de acordo com o DSM-III-R. Nove pais (oito mães e um pai) do grupo bulímico satisfizeram os critérios para transtorno de personalidade (seis para transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo, um para transtorno borderline, um para transtorno histriônico, um para personalidade anti-social). Um pai do grupo controle satisfaz os critérios para distúrbios de personalidade anti-social.

É possível que a estrutura obsessiva dos pais tenha forte influência sobre o aparecimento de comportamentos impulsivos, entre os quais a bulimia, nos filhos. Uma explicação patogênica

possível é a de que o acúmulo de exigências faz com que o nível de ansiedade no filho cresça e se descarregue em um comportamento impulsivo qualquer. Esta "descarga", em se perpetuando, condiciona o aparecimento de um distúrbio de controle de impulso ou correlato (distúrbio de alimentação).

## Capítulo 19

# Cleptomania: estudo de caso e considerações patogênicas relacionadas à personalidade

---

A cleptomania está classificada, nos sistemas nosográficos atuais, como um distúrbio de controle do impulso. O DSM-IV qualifica o distúrbio como falha recorrente em resistir aos impulsos de furtar objetos, quase sempre sem nenhum valor, para uso pessoal. Muitas teorias têm sido levantadas para a compreensão do distúrbio, entre as quais: recompensa a si mesmo por falta de amor; punição aos outros, punindo a si mesmo; ganho secundário histérico; "equivalente" depressivo. Autores psicanalistas, como veremos mais adiante, interpretam estes sintomas como tendo um valor simbólico, sendo o objeto roubado um substituto simbólico de uma imagem internalizada. Uma vez que este distúrbio do controle do impulso está inserido em toda uma estruturação patológica da personalidade e das relações interpessoais, achamos por bem incluir este estudo neste livro. Como faltam estudos empíricos na área, sobretudo em nível nacional, relatamos um caso clínico e seus possíveis desdobramentos patogênicos.

### CASO CLÍNICO

Lúcia, 28 anos, obesa, professora de segundo grau, casada, foi levada à consulta pela cunhada médica porque desde a adolescência vem pegando coisas na casa dos outros, na maioria das vezes objetos sem valor, não obstante já ter pego uma pequena barra de ouro na casa de um cunhado com o qual não mantinha boas relações. De outra feita, roubou material de beleza de uma cunhada (também malquista pela família), inútil para si mesma, tendo logo jogado fora os objetos depois do furto. É a sexta de sete irmãos. A mãe é muito passiva e dominada pelo pai, a quem descreve como violento (quebrava muitos objetos em casa). Pelo menos um irmão (não foi possível avaliar com detalhes a história clínica dos outros) também tem problemas com obesidade e controle do impulso (também quebra as coisas em casa). A paciente se apresenta muito chorosa, principalmente quando faz referência ao seu distúrbio e à sua criação. Não tem muito amor nem muito ódio pelo pai; só não tem coragem de "enfrentá-lo", nem em situações nas quais está absolutamente correta e o pai, errado. Diz que tem muita oscilação afetiva tanto para o choro quanto para o riso, que come muito e, quando interpelada sobre o assunto, concorda que seus episódios de furto são coincidentes com épocas de maior estresse. Também interpelada pelo sentimento que tem pelas pessoas de quem furta algo, responde, depois de pensar um pouco, que acha que, na época do ocorrido, realmente tinha sentimentos agressivos para com elas.

## PATOGENIA

Como mecanismo patogênico, podemos admitir que o comportamento extremamente truculento e frio do pai "modelou" nos filhos (pelo menos nos dois irmãos citados) um descontrole de impulsos em momentos de angústia. O irmão tem um comportamento explosivo intermitente, e a paciente, cleptomania. A paciente, diante de sentimentos agressivos em direção a alguém, retém como pode estes sentimentos, provavelmente em decorrência do comportamento da mãe, da religião (família religiosa) e pelo fato de ser mulher, menos afeita à violência física (o que não é o caso do irmão). O furto seria, então, um "equivalente agressivo", semelhante ao comer compulsivo, este mais ligado à liquidação direta da angústia. Ambas são condutas "incorporativas" atavicamente primitivas e prazerosas no repertório comportamental humano. O mecanismo patogênico básico, portanto, seria um controle deficiente do impulso gerado por desorganização precoce dos mecanismos de contensão mais uma aprendizagem modelada ou, como no caso, as duas coisas juntas e se reforçando ao mesmo tempo.

Várias tentativas vêm sendo feitas no decorrer dos tempos para a elucidação sobre as causas do fenômeno psicopatológico da cleptomania. Autores psicanalistas alternam opiniões: Stekel chamava a atenção para um excesso de energia sexual destes pacientes, e Fenickel dizia que a fórmula inconsciente para a cleptomania é: "Se você não me dá, eu pego!". Autores mais recentes advogam a associação entre cleptomania e fortes estressores psico-sociais. Outras teorias falam alternadamente de um "impulso repentino a dar a si mesmo um presente", "necessidade de manter as aparências" etc.

Diante desta confusão heteróclita de fatores patogênicos, poderíamos formular, a partir do estudo de um outro caso típico, uma formulação etiopatogênica para o transtorno.

## CASO CLÍNICO

Leandra, de cor branca, com 30 anos de idade, pedagoga, casada, refere que começou a furtar pequenos objetos aos oito anos de idade, sendo que o primeiro furto de que tem lembrança foi o de um esmalte de uma prima. Não premedita os furtos, sente-se como se não fosse ela que fizesse aquilo, mas sem nenhum sintoma dissociativo. O pai sempre foi muito bruto, frio, e a paciente se ressentia muito da distância que ele estabelecia com relação a ela (toda vez que toca no assunto a paciente se entrega a um choro copioso). Na exploração psicológica da paciente, quando perguntada, diz que preferiria que o pai ficasse sabendo dos atos errados que comete e a procurasse para falar sobre o assunto do que ignorá-lo por completo. Aliás, é conduta corrente no seio de sua família que se deve esconder tudo que possa desagradar ao pai. Também no aprofundamento da investigação psicológica, a paciente nega ódio ou agressividade por nenhuma das vítimas, apesar de reconhecer que, durante e após o roubo, não sente propriamente "prazer" com o objeto, mas sim com o ato perpetrado. Os objetos roubados não são antecipadamente desejados, assim como não o é o *status* de seus donos. Leandra sempre obedeceu ao pai à risca, e por isso teve algumas regalias que seus irmãos não tiveram, como, por exemplo, dirigir o carro da

casa, já que o pai tinha mais confiança nela. O ambiente da casa sempre foi tenso; a paciente se sentia angustiada em casa, ficando sempre no andar de cima, o mais longe possível do pai que ficava embaixo. Na primeira entrevista, um dos primeiros tópicos a serem levantados pela paciente é o de que em sua casa tudo se passava às escondidas do pai. O casal tinha muitos filhos (cinco) e dava pouca atenção às suas demandas afetivas.

O furto faz parte do desenvolvimento normal da criança até aproximadamente os sete anos de idade, conforme o esquema da Figura 6, sendo uma conduta geralmente bloqueada por uma atitude benévola dos pais. A partir deste modelo do furto normal, é possível que o roubo patológico siga a patogenia esquematizada na Figura 7. Poderíamos, então, pressupor que a paciente teria, assim, "automatizado" a cleptomania a partir do momento em que o pai não bloqueou o comportamento. A mãe tentou fazê-lo, mas, provavelmente por sua fraqueza perante os filhos e o medo do marido, não teve o efeito inibitório desejado sobre o comportamento da filha. O roubo poderia, então, representar a necessidade de ser "punida", uma vez que esta punição poderia representar o acesso da filha ao pai (pelo menos acesso ao "problema" da filha).

Um outro mecanismo possível para a explicação do distúrbio poderia ser (conforme a Figura 8) a resolução de um estado de angústia subjacente. O problema é que a paciente não refere nenhum sentimento de angústia antes dos furtos.

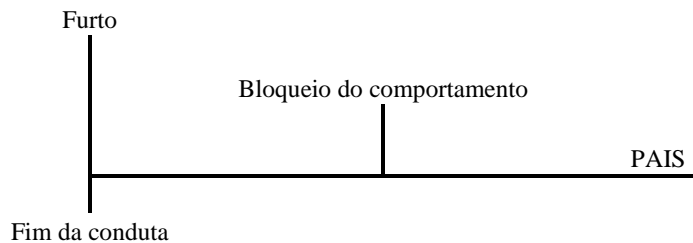
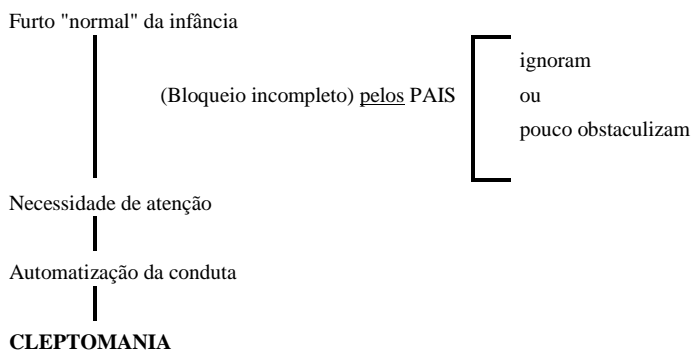
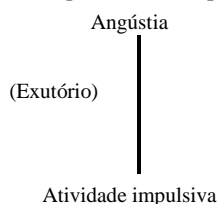


Figura 6. Esquema do roubo normal na infância



**Figura 7. Esquema do furto patológico-cleptomania**



**Figura 8. Hipóteses patogênicas para a cleptomania: o papel da angústia**

Outra hipótese patogênica plausível poderia ser a da agressividade como sentimento de base e o furto como uma atuação indireta para mitigar o sentimento (conforme Figura 9). Um dado contra esta hipótese é que a paciente não refere que antes do furto estivesse com algum sentimento de agressividade para com a vítima.



**Figura 9. Hipóteses patogênicas para cleptomania: o papel da agressividade**

Estes três modelos patogênicos (Figuras 7, 8 e 9) colocam em questão as relações do inconsciente na produção dos sintomas. No modelo que se refere à angústia, que a paciente não sente, parece improvável que ela tenha uma "angústia inconsciente", uma vez que a angústia é um sentimento primitivo muito arraigado e que se apresenta toda vez que a sentimos. Em outras palavras, faz parte de um complexo subcortical de apresentação imediata, dada sua forte significação do ponto de vista filogenético. O mesmo se refere à agressividade, outro sentimento muito primitivo na escala filogenética de apresentação imediata à consciência. A paciente também não referia nenhum sentimento de natureza agressiva ao realizar o ato.

Em nossa hipótese principal (Figura 6), entram a figura do pai, sentimentos de carência, o prazer da busca da punição. Seria, então, uma conduta perpetuada como uma forma de gratificação infantil e desafio à autoridade do pai. Não um desafio de confronto, mas um desafio visando a aproximação, já que o pai não se aproximava dos filhos em circunstâncias comuns. O fato de que todos os problemas eram escondidos do pai foi um dos primeiros conteúdos trazidos à psicoterapia por Leandra, o que é significativo. Outro dado de importância é o fato de que a paciente chorava muito todas as vezes em que se tocava na carência vivida em decorrência da

frieza do pai.

Não advogamos aqui um simbolismo complexo como o defenderia autores psicanalíticos ao dizer, por exemplo, que o furto representa a "posse" do objeto frio e inanimado que é o pai, uma vez que este simbolismo exige uma relação analógica que o inconsciente não é capaz de elaborar (a lógica complexa é uma prerrogativa da consciência).

Outra hipótese patogênica poderia ser a de uma inveja em direção à pessoa a quem pertencem os objetos. Esta conjectura carece de base por alguns motivos: a) não explica a permanência do "roubo infantil" em si; b) a paciente não usa os objetos roubados; c) já roubou coisas (o ouro de um cunhado) que não tinham nenhuma significação estética para ela; d) não demonstra inveja pelas pessoas de quem rouba.

Um ponto crucial na análise desta paciente são as características infantis do furto, o que poderia levantar o problema da regressão. Não pensamos que se trate de uma regressão, mas na parada do desenvolvimento em determinada fase, em uma "fixação". Este parece ser o núcleo principal dos sintomas: o que falta à paciente é o mecanismo de controle que toda criança tem, inicialmente de origem externa e posteriormente internalizada. É provável que tenha havido falhas neste mecanismo de internalização, uma vez que a criança, muito cedo, sabe pelos pais e pela sociedade que o ato de furtar é abominável. É possível que esta internalização não tenha sido feita por: 1) fraqueza dos pais ao corrigir a tendência (dada uma certa permissividade que permeia as condutas da família); 2) desejo da paciente de se opor à ordem paterna; 3) desejo de ser punida pelo pai, como uma forma de atrair a atenção dele para si, sua personalidade, seus problemas. O desejo da autogratificação parece fora de questão, uma vez que a paciente teve quase tudo o que quis e pelo fato de os objetos furtados geralmente não serem de utilidade para a paciente.

## Capítulo 20

### Personalidades associadas à dependência nicotínica (tabagismo)

---

Só recentemente o tabagismo vem chamando a atenção dos psiquiatras. Alguns dados sobre dependência, abstinência e efeitos devem ser inicialmente mencionados para a compreensão das formas clínicas, aspectos psicopatológicos e fatores etiopatogênicos.

Dependência tabágica apresenta características que foram bem delimitadas a partir destes critérios: consumo de no mínimo um maço e meio ao dia, angústia pela necessidade de usar tabaco continuamente, perturbação física conseqüente, dependência psicológica, aparecimento de sinais de abstinência durante a privação, associação freqüente com cafeinismo.

Abstinência tabágica caracteriza-se por: início em 24 horas após a interrupção, desejo por tabaco, irritabilidade, ansiedade, concentração prejudicada, inquietação, cefaléia, sonolência, distúrbios gastrintestinais, xerostomia, insônia, miofibrilações, miotonias, bradicardia, hipotensão.

Entre os efeitos nicotínicos podemos enumerar: (1) efeitos ganglioplégicos: batmotrópico positivo, hipertensor, inibidor secretório gástrico, atonia gástrica; (2) efeitos psiquiátricos: diminui a vigilância em caso de estresse, aumenta a vigilância em caso de apatia, aumenta o desempenho atencional e de vigília sustentada, ansiolítico, miorrelaxante, alucinógeno; (3) efeitos humorais: aumento do GH, da NA, adrenalina, hormônio antidiurético, cortisol. Receptores paranicotínicos foram individualizados nas vias dopaminérgicas mesolímbicas. A "overdose" nicotínica produz náuseas, vômitos, sialorréia, abdominalgia, diarreia; cefaléia, vertigem, hipoprosexia, confusão mental, parestesias; taquicardia, pulso filiforme, diaforese.

#### FORMAS CLÍNICAS

Sem querermos entrar em uma tipologia atomística semelhante à do início do século, pensamos poder identificar alguns tipos clínicos associados ao tabagismo. No entanto, antes de passarmos à sua descrição, devemos ressaltar que, quando nos referimos a um "tipo psicopático" ou "neurótico", por exemplo, não queremos dizer, com isso, que sejam "neuróticos ou psicopatas" na acepção nosográfica do termo, mas sim que possuem mecanismo ou mesmo estrutura de personalidade que tem em comum alguns aspectos encontrados nas psicopatias e nas neuroses enquanto categorias propriamente ditas.

#### Tipo psicopático

São indivíduos muito primitivos do ponto de vista instintivo e, portanto, sujeitos a todos os abusos nesta esfera: toxicofilias, perversões, glutoneria, tabagismo; a adição se insere "auto-



maticamente" nesta personalidade ávida de sensações e "experiências".

### **Tipo limite (abandônico, anaclítico)**

Afetivamente e precocemente carenciados, à busca de figuras identificatórias; constitui a descrição típica deste padrão os menores abandonados, geralmente poli e pluritoxicômanos (várias toxicomanias ao mesmo tempo e no decorrer do tempo).

### **Tipo neurótico**

Ansioso, tem no cigarro um ansiolítico químico e ritual (o fato de acender um cigarro, manuseá-lo, é em si tranquilizante pela "paralisação temporal" que induz no decorrer ansiógeno da existência).

### **Tipo narcísico**

O cigarro e o fumar adquirem poder fálico (de poder) e de reforço do *status* social; é a etiqueta e a elegância do "fumar"; ao mesmo tempo, o hábito e o habitado se investem de uma onipotência defensiva no intuito de serem cultuados como alguém detentor de "forças" e maturidade.

### **Tipo psicótico**

Neste caso, a regressão é biológica, e o vazio a ser preenchido é o vazio autístico e não a ociosidade.

### **Tipo hedônico**

O camponês ou o fumador esporádico de cachimbo ou charuto, que se delicia com o tabaco e nada mais.

### **Tipo depressivo**

Fuma para preencher a temporalidade, o vazio, o tédio, o ócio.

### **Tipo "bulímico"**

É apenas mais uma conduta de incorporação dos indivíduos que "comem" a ansiedade e a angústia.

Em todas estas circunstâncias há o agravante da dependência física e da tolerância, condicionadas pelo tabaco.

Aspectos psicopatológicos e fatores etiopatogênicos do tabagismo são apresentados nos Quadros 6 e 7.

Em conclusão, assim com para todo fenômeno toxicomaniaco ou de adição não há uma estrutura ou uma forma clínica unívoca, o mesmo se aplica ao tabagismo. Várias motivações ou circunstâncias aí se encontram, quase que infinitamente. Deste modo, não esgotamos o assunto e nem o aprofundamos o suficiente, com o intuito inicial de sermos sobretudo didáticos. Por outro lado, desde que se instala a adição, pensamos poder aí aplicar um modelo psicopatológico, evi-

dentemente sem querermos enquadrar o tabagismo dentro das "entidades clínicas" configurativas das doenças mentais, objetivo nuclear de toda a psiquiatria séria.

**Quadro 6. Psicopatologia**

a. problemas identificatórios e falhas narcísicas
b. dificuldade de contato social
c. fixação "oral": condutas de incorporação
d. controle da angústia pela repetição
e. baixa resistência à frustração: passagem ao ato
f. negação da castração infligida pela realidade
g. retorno à onipotência infantil
h. problema com a "imago materna"
i. dificuldade da "objetalização total"
j. preenchimento do "vazio temporal"
k. paralização e anulação do futuro angustiante ou do presente insuportável
l. instrumento de dominação "narcísica" sobre os "caretas" não fumantes
m. auto-afirmação narcísica (eu fumante: maduro, sério, experiente)
n. repulsão mágica do objeto frustrante

**Quadro 7. Fatores etiopatogênicos**

Sociais	Psicológicos
a. urbanização	a. falência identificatória
b. materialismo	b. carência de relacionamento grupal
c. anespiritualismo	c. desamparo niilista
d. complexificação social	d. família não nuclear
e. exigências sociais	e. competição
f. vazio comunitário, ideológico, familiar, político, religioso	f. epistemofilia (atração pelo desconhecido)
g. narcisismo corporal e social do mundo	g. a "adultização"
h. reforço social, publicitário ao hábito	
i. as anomias	
j. condutas de "transgressão"	
k. disponibilidade de droga	
l. o momento sócioeconômico	
m. sedentarismo	
n. ociosidade	

## Capítulo 21

# Hipocondria e suas relações com a personalidade

---

Apesar de não pertencer ao grupo nosográfico dos distúrbios da personalidade, e sim ao das entidades clínicas (eixo I do sistema DSM-III-R e IV), passamos a analisar tal condição por sua imbricação e relação estreita com a personalidade.

Como todo sintoma psiquiátrico, a hipocondria se encontra intrinsecamente soldada à existência humana enquanto "tendência". O medo da morte e da doença se encontram intimamente solidários. Em uma estatística relatada por Antônio Sicco (*apud* Ey, 1989), entre os maiores medos de 1701 pessoas, 299 temiam a morte, e 241, a doença. A preocupação com a saúde e com a doença é um fenômeno de massa em toda época, como atestam a proliferação de obras de divulgação e vulgarização médica, as práticas "alternativas", as seitas religiosas que fazem da "cura" seu ponto de apoio. À medida que o homem se isola, deixa de sentir a segurança que os outros lhe dão, volta-se para si mesmo e torna-se um hipocondríaco.

Poderíamos, portanto, visar a "hipocondria" em uma gama de significados, submetidas ao mesmo significante:

- um fenômeno psico-social.
- uma "entidade" nosológica como o quer o DSM e a CID.
- um conjunto de sintomas possível de ser observado em várias estruturas psicopatológicas.

Esta última concepção é derivada do organodinamismo da escola francesa para a qual um processo mórbido, alterando a "consciência", pode engendrar o aparecimento de uma variedade imensa de sintomas, proteiformes e nosologicamente inespecíficos.

## ESTADO PSICOPATOLÓGICO NA HIPOCONDRIA

### Preocupações hipocondríacas

Aqui é a ansiedade mórbida, projeção imaginária que domina o quadro clínico, geralmente obsedante, que se fixa sobre uma parte do corpo, em um tema sem cessar renovado e monótono de catástrofes somáticas. Neste aspecto, a hipocondria se confunde com as fobias, os pacientes estão inquietos, sombrios. Estão aterrorizados pela idéia da AIDS, do câncer. Às vezes, o objeto da preocupação hipocondríaca (como no caso que apresentamos a seguir) é, ao contrário, móvel, renovado constantemente por um mal-estar passageiro, uma leitura, uma aula de medicina. Grandes crises de ansiedade marcam o cume destas longas fases de perplexidade ou meditação pessimista. Sua agitação, seu "nervosismo" tem geralmente alguma coisa de teatral, de grotesco, ostentatório. Às vezes, o desespero chega à ameaça ou tentativas de suicídio.

## AS CONFIGURAÇÕES CLÍNICAS NA HIPOCONDRIA

### A hipocondria "menor" (estados neuróticos e de desequilíbrio)

#### **A hipocondria ansiosa constitucional**

O tipo mais freqüente e mais puro de hipocondria é aquele "constitucional", que aparece como uma forma de organização neurótica da personalidade em que predominam os componentes sádico-masoquistas. O ansioso é voltado, pela sua destinação, à hipocondria, tema de inquietude sempre "à mão", verdadeiro suplício que ele se inflige. Este indivíduo é impressionável, hiperemotivo, freqüentemente hiperestênico e de espírito doutrinário. É abstinente, amigo das restrições alimentares, idealista sobre o plano moral, e egoísta na prática. Incessantemente aplicado a detectar a doença, ele faz da higiene a lei de uma existência inteiramente submissa às prescrições dietéticas e medicamentosas. Geralmente inflige à família o suplício de suas exigências, como se todos ao seu redor devessem participar de sua ansiedade, se dobrar aos seus caprichos. Ele se aterra ao médico, tenta lhe dirigir, tratá-lo como cúmplice e responsável por sua hipocondria; lhe impõe seus diagnósticos, suas teorias fisiopatológicas. Às vezes, o paciente se apresenta com uma feição "neurastênica", inquieta, e perplexo, abúlico, com crises de angústia, síndrome neurovegetativa do tipo vagotônico, cefaléias, astenia profunda. Sobre este fundo distímico aparecem verdadeiros surtos hipocondríacos.

#### **O hipocondríaco obcecado**

A personalidade obsessiva se manifesta freqüentemente por temas hipocondríacos: nosofobia, loucura "do toque", obsessões sobre a atividade genital, funções orgânicas, tuberculose, AIDS, micróbios etc. Nestes casos, a hipocondria é concentrada sobre um só tema ou alguns temas somente, e engendra todo cerimonial habitual de proteção, de defesa e de luta contra a obsessão, reconhecida como tal. Tem a forma do pensamento compulsivo e encontra-se mergulhado em um fundo psicastênico de um caráter sádico-anal: meticulosidade, escrúpulos, abulia, mas também agressividade dirigida contra si.

#### **O hipocondríaco "histérico"**

Ele transfere para o plano das funções orgânicas o conflito inconsciente. Estes pacientes se apresentam, assim podemos dizer, "além" da hipocondria, pois "fabricam" ou se "acumpliciam" a doenças com uma complacência e uma eficácia que excluem (pois a neutralizam) a angústia inerente ao verdadeiro "delírio hipocondríaco". Daí advém seu caráter ostentatório e teatral, sua manifestação às vezes pitoresca, com grande reforço de imagens, como num deboche de exagero, mentiras e manifestações ruidosas.

Com efeito, todas estas formas de hipocondria "neurótica", se apresentam ou podem se apresentar associadas ou amalgamadas em um todo no qual se misturam fatores ciclotímicos, paranóicos, mitomaníacos, ansiosos, obsessivos etc., para constituir uma hipocondria "de caráter" ou uma "neurose hipocondríaca", realidade clínica aparentemente mais próxima da obsessão do que do delírio.

## O COMPORTAMENTO HIPOCONDRIACO

De humor sombrio, irritável, gemente, o hipocondríaco é freqüentemente prolixo e falador. Ele envolve os outros, seu meio familiar, médico, mistura-os na sua introspecção delirante.

Muitos desenvolvem um cerimonial hipocondríaco da alimentação, da hora de dormir etc. Os remédios devem inicialmente, e acima de tudo, corresponder à idéia que o indivíduo faz da natureza de seus distúrbios, e os preceitos dos curadores extramédicos têm quase sempre sua preferência. Em seu modo de existência, adotam freqüentemente a clinofilia, a agorafobia, e se fazem reclusos. Seu comportamento geral é matizado pelo sadomasoquismo que desemboca na dicotomia perseguido-perseguidor.

Entretém uma ansiedade que os queima a fogo-baixo, motivada por um super-ego inflexível. Os fracassos profissionais, as cenas familiares de ciúme, crises de cólera, tirania doméstica e a incessante inoportunidade face ao médico e ao meio são presenças constantes. É em relação a esta bipolaridade sadomasoquista que se ordena a existência hipocondríaca, passa seu tempo a se "suicidar" moralmente ou a "devorar" sua família e o pessoal médico.

Como reações médico-legais, pode apresentar o suicídio, a automutilação e o homicídio. Se geralmente a conduta de neurótico hipocondríaco é a de um sadomasoquista que cultiva o fracasso, se confina na inação ou entretém conflitos que exacerbam seu diletantismo moroso da sua semi-existência, às vezes lhe acontece de colocar um fim a isto tudo. As automutilações se observam no decorrer dos estados ansiosos e obsessivos e no curso dos grandes delírios hipocondríacos da esquizofrenia paranóide. Trata-se, amiúde, de mutilações genitais ou no âmbito de intervenções cirúrgicas. O homicídio é a reação mais temível que emerge em um clima de perseguidor-perseguido, no qual freqüentemente se imiscuem figuras do mundo médico ou do meio familiar.

De um modo geral, poderíamos dizer que o doente hipocondríaco sofre a doença, ao passo que a "personalidade hipocondríaca" vive seus problemas. O "doente" perde sua liberdade frente à doença, o hipocondríaco "normal" se relaciona com o mundo por meio de seus sintomas. Aquele se fecha em um círculo interminável e mortal, este se abre com o sintoma para o mundo, em busca da vida.

## FENOMENOLOGIA DOS ESTADOS HIPOCONDRIACOS

As atuais classificações da CID-10 e do DSM-IV estabeleceram critérios claros para a delimitação de diferentes categorias dentro dos distúrbios somatoformes. No entanto, podemos observar que há uma superposição considerável entre muitos destes critérios. Esta superposição repercute na clínica pela dificuldade de delimitação das diferentes categorias nosológicas. Mais uma vez, somos obrigados a admitir a insuficiência de critérios apenas "descritivos" para a delimitação de diferentes doenças psiquiátricas. Tentativas para minorar estas dificuldades vêm sendo feitas por diferentes metodologias, como o estabelecimento de "escalas" e alguns exames biológicos. No entanto, estamos longe do momento quando estes recursos poderão dar respostas seguras e abrangentes aos problemas do diagnóstico diferencial em psiquiatria. A fenomenologia

jasperiana nos parece ser ainda um instrumento de valioso manejo nesta questão.

Por estados hipocondríacos (ou mais simplesmente hipocondria) entendemos uma situação de preocupação excessiva com o funcionamento ou configuração corporal. É um conceito fenomenológico, não podendo ser puramente descritivo porque só sabemos a fundo se uma preocupação é ou não "excessiva" se fizermos referência à vivência angustiosa a que ela remete, comparando-a com as nossas próprias vivências internas.

Tal quadro sintomatológico pode ser encontrado em uma ampla gama de categorias nosológicas, entre as quais a hipocondria (do DSM-IV e da CID-10) é apenas uma dentre outras. Há, por exemplo, pacientes que se encaixam perfeitamente sob uma esquizofrenia como doença de base. Partindo desta preocupação, optamos pelo aprofundamento fenomenológico destes casos, visando uma melhor delimitação psicopatológica entre eles. Deste modo, somos obrigados (por uma questão de delimitação diferencial face a algumas doenças mentais) a nos ater à descrição de alguns quadros que fogem à patologia da personalidade.

## **A HIPOCONDRIA LIGADA À ESQUIZOFRENIA**

Nestes casos, a preocupação central do paciente é a modificação deletéria que observa tanto em seu mundo quanto em seu corpo. No primeiro caso, falaríamos do "trema" de Conrad. No segundo, de "queixas vagas corporais". Como o sentimento de mal-estar é difuso, é comum que estes pacientes se queixem, então, de doenças sistêmicas, tais como anemia ou AIDS. O paciente não se atém firmemente a uma doença ou sintoma de modo claro ou lógico, como se observa nos hipocondríacos *sensu strictu*. O paciente acha que algo não está bem consigo, mas não sabe bem o que é e onde está a origem do caráter cambiante de algumas destas queixas. Sente algo correr em suas veias, choques, abalos, mal-estar, vertigens, astenia. Quando procura pelo médico, não sabe especificar bem a localização nem a natureza dos sintomas. Não pede ajuda especificamente para uma doença, mas para "sua doença". Inquieta-se e, mais que isso, irrita-se com a impotência dos médicos diante de seu problema. Huber descreveu estes sintomas como sendo a "esquizofrenia hipocondríaca".

## **A HIPOCONDRIA PROPRIAMENTE DITA**

Nesta, o paciente é geralmente monoidéico e monossintomático, solicitando ao médico ajuda contra a ameaça de aniquilamento. Angustia-se, mas geralmente poupa o médico de seus ataques de frustração, vendo neste mais um "salvador" do que um técnico. As idéias sobre doença podem tornar-se prevalentes, dominando, assim, grande parte da vida psíquica do paciente.

## **A hipocondria no distúrbio de personalidade obsessivo-compulsiva**

Neste caso, a preocupação é com o funcionamento ou a configuração corporal perfeitas e não com a "disfunção" em si.

### **A hipocondria na personalidade paranóide**

Assim como teme ataques vindos de fora, os teme também vindos de "dentro do corpo".

### **A hipocondria no ansioso-depressivo**

A distímia ansiosa "sensibiliza" o indivíduo para tudo, inclusive para com seu funcionamento corporal. Como tem dificuldade para localizar seu mal-estar na mente, localiza-o no corpo e muitas vezes elege um sintoma ou doença como depositário de sua modificação sentida no âmbito endotímico-vital.

### **A hipocondria no melancólico**

O protótipo é o delírio de negação de Conrad, em que o sintoma hipocondríaco geralmente difuso reflete o vazio e o peso da hipotímia. O paciente quase não se queixa do sintoma corporal especificamente. Apesar da "monstruosidade" das alterações evocadas, (entupimento dos intestinos e artérias, ar nas veias, falta de sangue, apodrecimento etc.), a lentificação psicomotora dá ao quadro um colorido predominantemente abúlico.

### **A hipocondria narcísica**

O desejo de "ser belo" e de impressionar por estas qualidades pode fazer o indivíduo se hiperpreocupar com temas de funcionamento e configuração somáticas. O interesse é ser belo para os outros, mais do que ser propriamente "perfeito", como no distúrbio de personalidade obsessivo-compulsiva. A imagem corporal e orgânica interna não pode ser maculada nem perante si nem perante os outros.

### **A hipocondria orgânica**

Monótona, queixosa, geralmente monossintomática e comumente associada a delírios zoopáticos internos e alucinações cenestésicas. O paciente sente os sintomas como ataque de algo externo (um animal, corpo estranho, elementos físicos etc.) e parece mais um gemente autocentrado do que propriamente um doente em busca de apoio do médico. Com a gravidade do processo cerebral, as queixas se tornam cada vez mais monótonas, acabando por vez em interatividade e verbigeração totais.

### **A hipocondria delirante**

Duas condições nosologicamente distintas são possíveis sob esta rubrica:

A) Aqueles casos em que há agravamento dos distúrbios de personalidade paranóide subjacente. Um paciente nosso, por exemplo, diante de um fracasso sexual por disfunção erétil, passou a considerar-se *gay*, preocupando-se excessivamente com seus pensamentos internos (pensamentos, aliás, que todos nós temos, mas que logo eliminamos de nosso campo de consciência por serem desagradáveis, inverossímeis, fantásticos ou absurdos). Ou seja, se o paciente pensasse que poderia estar com AIDS (como muita gente "normal" pensa), não se dissuadiria desta crença com o fato de nunca ter tido relações com homossexuais, picadas de agulhas, relações com prostitutas etc. Ou seja, continuaria mais forte a idéia de que, por estar se sentindo

fraco, a doença mais provável de que seria portador seria a AIDS.

B) Casos de "paranóia" nos quais aos elementos de personalidade se associam fatores orgânicos de desagregação. Nesse caso, os "delírios" somáticos tornam as crenças hipocondríacas bem mais fixas, inabaláveis e independentes do estado afetivo.

### **A hipocondria no distúrbio de somatização**

O que caracteriza fenomenologicamente esta condição é a "bela indiferença" que o paciente manifesta em relação aos sintomas caleidoscópicos que desfia ininterruptamente. O núcleo fenomenológico fundamental desta condição é a busca de contato com o outro, e não o desespero de ter a doença em si, como sói ocorrer na hipocondria *strictu sensu*. Apesar de o eixo descritivo fundamental ser a "doença" nos distúrbios de somatização, o núcleo fenomenológico é a busca de contato, donde a aparência desta discordância que culmina com a *belle indifference*.

### **CASO CLÍNICO**

Márcio é estudante de medicina, com 20 anos de idade, branco, solteiro. Procurou-nos queixando-se de insônia e ansiedade, dificuldade nos estudos e nos relacionamentos afetivos. É um rapaz muito ativo no que diz respeito a atividades de seu grupo religioso. Sempre foi considerado "avoadado" pelos colegas, tanto que o apelidaram de "marciano", "Peter Pan", "Professor Astromar" etc. Gosta de ler e sempre teve facilidade e gosto por matérias de humanidades (história, geografia, línguas etc.). A partir da adolescência, passou a preocupar-se muito com alguns aspectos de sua saúde, inicialmente em relação ao coração e, ultimamente, com seu nariz, respiração, hipóxia, morte neuronal anóxica, disseminação de bactérias da cavidade nasal ao cérebro pela lâmina crivosa etc. Esta preocupação com o nariz antes se revestia com algumas características dismorfofóbicas tais como desvio do septo nasal, profusão da arcada dentária. Consultas cardiológicas e otorrinológicas não detectaram nenhuma grande alteração, exceto um desvio de septo moderado, com pequeno prejuízo da coluna de ar nasal.

Márcio sempre se julgou muito inteligente e sofreu muito quando, ao entrar na faculdade, suas notas vieram baixas. Desgostoso com este "fracasso", passou a dedicar-se freneticamente à atividade religiosa com o desejo algo "megalomaniaco" de tornar-se um "espírito superior", mesmo às custas de pungentes esforços, tais como celibato, poucas horas de sono, renúncia à atividade intelectual.

Quando pequeno, teve alguns episódios alucinatórios, provavelmente hipnagógicos, nos quais via um diabo cor-de-rosa, pequenas aranhas descendo do teto. Parece ter tido uma infância atribulada, pois a mãe chegou a levá-lo à consulta psiquiátrica aos nove anos de idade. Era muito inquieto e brigava muito na rua, muito preocupado com questões de "poder" (quem era o melhor de briga, no videogame etc.). Suas brincadeiras eram intelectualmente bem mais elaboradas que as dos colegas; ao jogar bola, gostava de ser uma espécie de técnico do time, importando-se pouco com a *performance* individual de cada um dos jogadores; gostava de fazer batalhas de homenzinhos, também muito elaboradas do ponto de vista "estratégico". Não teve grandes problemas de saúde durante a infância.



Os pais sempre tiveram uma relação tempestuosa, pois o pai de Márcio bebia muito, era muito ausente e ríspido com a esposa. Impediu-a de estudar, sendo ele mesmo advogado. Estão conjugalmente separados há oito anos. Desta data para cá, o pai manifestou diabetes, impotência, tornou-se mais tolerante e permitiu que a esposa estudasse e trabalhasse fora. A mãe de Márcio é muito ativa, mas emocionalmente um tanto fria, evitando inclusive muita aproximação física dos filhos.

## PSICOPATOLOGIA

Márcio é um rapaz muito inteligente, que escuta atentamente o interlocutor e se inquieta visivelmente quando algo que lhe dizem não lhe agrada: levanta-se, olha para cima, movimentando as mãos manifestando visível ansiedade e interrompendo a palavra de quem fala. Tem uma habilidade neurovegetativa importante, com enrubescimento e sudorese palmar frequentes. É magro, alto, de gestos lentos e aspecto "estabanado". Seus óculos, de armação pesada e escura, aumentam-lhe o ar ao mesmo tempo circunspecto, engraçado e um tanto "excêntrico". É muito crítico e rigoroso em relação a si mesmo, praticamente em qualquer circunstância. Fala muito de si mesmo ou de assuntos correlatos às suas atividades e problemas. Não gosta de superficialismos, aprofunda qualquer assunto, por mais banal que seja. Por exemplo: se alguém lhe pergunta circunstancialmente "como vai?", segue-se uma longa digressão sobre seu estado atual, seus problemas, seus achaques corporais. Esta mesma profundidade faz com que tenha um gosto e uma habilidade especial para a análise psicológica de pessoas e acontecimentos. Este mesmo gosto pela profundidade e seriedade faz com que tenha muita dificuldade de entender piadas ou brincadeiras dirigidas a ele. Tem um gosto quase que obsessivo por anotar seus sonhos e suas impressões acerca de si mesmo. No trato com os outros é atencioso, calmo, o que faz com que atraia simpatia dos demais. Contém-se muito para não manifestar seu descontentamento ou agressividade, e quando o faz é sob visível tensão e mal-estar. Interessa-se por garotas, mas, quando engajado em uma relação mais profunda, sente-se perdendo tempo, em atividades fúteis, o que faz com que todo namoro seja muito atribulado e conflituoso. Durante a adolescência exerceu intensa atividade masturbatória, utilizando-se do material pornográfico do irmão. Um fato interessante é que, durante homéricas "sessões masturbatórias" (chegava a se masturbar até sete vezes ao dia), colocava todas as revistas em cima da cama e freneticamente buscava a melhor foto para com ela atingir o orgasmo. No entanto, em muitas ocasiões, como não achasse a foto "a tempo", ejaculava "sem sentir nada".

As preocupações hipocondríacas de Márcio parecem inscrever-se na conjunção de uma personalidade muito voltada para si mesma, alguns pequenos problemas orgânicos (nasais, cardíacos) e uma crença totalmente *sine materia*, pois o nível intelectual de Márcio está realmente acima da média. Ele tem uma preocupação muito grande em produzir intelectualmente, e sua ansiedade de base parece dever muito a esta alta imagem que tem de si mesmo. Desta forma, Márcio está um pouco "só" no mundo, com suas idéias e sua inadaptação. Seu egocentrismo dá conta de suas preocupações corporais, e sua insegurança diante do mundo externo parece ter a ver com o medo da "doença". Provavelmente há fortes fatores constitucionais envolvidos (seus

irmãos, por exemplo, um rapaz mais velho e uma garota mais nova, não têm nenhum problema semelhante), majorados pela falta de continência afetiva dos pais. Talvez devido à sua inteligência, e à reação contrária que os demais manifestam em relação a ela, Márcio tenha uma visão um tanto persecutória e pessimista do mundo. Geralmente, em qualquer circunstância, pensa que o problema maior está com os outros. No entanto, ao conter-se de manifestar sua agressividade, retém muita tensão, que provavelmente se manifesta na forma psicossomática. Seria, então, este medo da doença o equivalente sintomatológico do medo do ataque dos outros (do mundo) a uma agressividade própria, velada, mas sentida como presente? (pois Márcio sabe que é intrinsecamente agressivo). Márcio é extremamente introspectivo no sentido de analisar-se quase que sem parar; anota seus sonhos e provavelmente aplica ao corpo este mesmo princípio. Todas estas circunstâncias fazem com que viva esta persecutoriedade "corporalmente" numa espécie de "paranóia somática". A obsessividade de Márcio faz com que seja constantemente invadido por uma preocupação com a perfeição, a ponto de uma co-morbidade com o eixo II do DSM ter sido levantada na figura de um distúrbio obsessivo-compulsivo da personalidade. Ora, esta mesma preocupação perfeccionista com tudo se aplica também ao corpo, sendo mais um fator etiológico para a hipocondria.

Portanto, dentro do complexo sindrômico que parece representar a hipocondria, Márcio está em uma posição que evoca uma etiopatogenia psicogênica. Com isto, não queremos dizer que seja esta a etiologia ubíqua da hipocondria enquanto entidade. Como temos levantado no decorrer deste estudo, vários fatores, de multivariadas formas, podem contribuir para tal sintomatologia. É necessária, portanto, neste sentido, uma abordagem mais dimensional do que propriamente categorial, como podem pensar os defensores incondicionais do sistema categorial do DSM. O mérito deste sistema (DSM), o que já não é pouco, é o de delimitar com precisão possível o próprio conceito da palavra "hipocondria" no âmbito da psicopatologia. No entanto, aqueles que quiserem utilizar-se desta definição psicopatológica como uma definição nosográfica, de entidade, estão fadados ao engodo.

## DISCUSSÃO NOSOGRÁFICA

O sintoma hipocondríaco, assim como tantos outros, pode ser conseqüente a diversas entidades clínicas. Praticamente todas as doenças psiquiátricas podem cursar com sintomas hipocondríacos. A Associação Psiquiátrica Americana, dentro de sua tendência (justificada) de "atomizar" os sintomas como entidades distintas, criou sua categoria à parte (hipocondria), na qual nosso paciente, bem como outros, poderiam se enquadrar, mesmo pertencendo a estruturas clínicas diferentes da do nosso paciente (distúrbio de personalidade obsessiva). Os critérios do DSM para hipocondria poderiam ser assim especificados simplificadaamente:

- medo ou crença de ter uma doença grave;
- a avaliação física não confirma a gravidade inferida da doença;
- o medo persiste apesar do reassuramento do médico;
- duração de no mínimo seis meses;
- as crenças não têm intensidade delirante.

Pensamos que se o DSM é correto do ponto de vista da avaliação sintomatológica (sua confiabilidade e validação confirmam isto). Uma análise estrutural permite promover uma redução fenomenológica destas tantas entidades da classificação americana a umas poucas outras, mais próximas da nosografia clássica. Pelo menos para algumas entidades isto parece claro, como, por exemplo, a separação dos distúrbios dissociativos e conversivos justificada no plano estrutural, segundo o qual ambas pertencem à "estrutura histérica" ou neurótica. Não obstante, evitando sermos julgados como iconoclastas, poderíamos falar de uma "estrutura hipocondríaca", como o querem algumas escolas psicossomáticas (Escola de Paris). Neste ponto da discussão, fazemos nossas as concepções organodinâmicas de Ey para aventarmos a hipótese de que temos dois níveis estruturais diferentes na abordagem do sintoma hipocondríaco.

A primeira ordem é a da doença mental, em que o sintoma não pode ser "compreendido", pois é decorrência da reorganização da consciência em um nível inferior àquele que perdeu com a doença biológica, isto é, uma doença mental, objeto da psiquiatria.

O segundo nível é o do sintoma "compreensível" psicologicamente e com uma causalidade e intencionalidade claras, como observamos em nosso paciente. Estes fenômenos são conseqüentemente objetos da psicologia compreensível, mesmo que por contingência venham a ser tratados por psiquiatras (ver discussão terapêutica).

Uma análise estrutural permite diferenciar estas duas ordens de fenômenos, pois na hipocondria não-psicogênica há o "delírio hipocondríaco": crença inabalável na "doença"; imutabilidade; independência dos fatores afetivos e histórico-vitais; incompreensibilidade; refratariedade à argumentação lógica, ou psicoterapia; recrudescência contínua; impermeabilidade aos exames repetidos (complementares); ausência de *insight* sobre o absurdo das crenças, limitação existencial frente ao sintoma, "desvitalização" e isolamento do mundo relacional; monotonia temática, não relaciona os sintomas com os acontecimentos vitais; incoercibilidade do mundo pulsional, atos médico-legais; alucinações cenestopáticas, de possessão, coabitação corporal, demonopatia, invasão zoopática etc.

## DISCUSSÃO PSICOPATOLÓGICA

O universo do hipocondríaco parece se dividir entre um narcisismo exacerbado e um problema em sua colocação no mundo. Este é sentido como causa de insegurança (vemos que nosso paciente piora diante do afastamento de sua mãe). Assim como o paranóico, o mundo é sentido como diferente de "seu mundo", sendo vivenciado como "persecutório" no caso da paranóia e como "agressivo e frio" no caso da hipocondria. Mas, como compatibilizar esta idéia de mundo com um sintoma "corporal" como na hipocondria? Poderíamos entender a questão como uma falta de barreira "para-excitação" (uma barreira promovida pela mãe que protege a criança dos excessos de estímulos e agressão psicológica do meio). Segundo a compreensão freudiana, ao faltar esta barreira, o indivíduo sentiria seu "corpo" atacado pelo mundo (pelos "germes" do mundo).

Neste ponto vemos também uma diferença em relação ao mundo paranóico, no qual o que é atacado não é o corpo, mas sim a "pessoa". Isto não impede que possa haver uma anasto-

mose entre as duas linhas sintomatológicas, como bem atesta o fato de nosso paciente já ter se sentido "perseguido" em uma praça. Parece que, na paranóia, a "pessoa" é mais atacada do que o corpo, porque a pessoa "errou mais" e tem, portanto, mais culpa. O hipocondríaco seria, então, nesta concepção, mais um "imaturo", um "inseguro", frente às doenças do mundo, do que um indivíduo que já produziu um "mal", que por identificação projetiva se voltaria contra si mesmo. Ora, não sendo o hipocondríaco tão culpado, ele, enquanto "pessoa", não vai ser atacado, mas sim seu corpo, algo material e não moral. Este pode ser "mecanicamente" invadido por este mundo perigoso; invadido concretamente e não "relacionalmente". Não é, portanto, atacado por "pessoas", porque a relação com elas não se encontra tão prejudicada pela culpa como na paranóia. Segundo esta maneira de ver as coisas, justificada seria a idéia de que a hipocondria se aproxima mais da estrutura neurótica do que da psicótica. Este ponto de vista contraria em grande parte a concepção de Ey, para quem a hipocondria "é um delírio". Ey cita um autor alemão (Schiphowsky) que diz: "*Eine Hypochondrie ohne hypochondrische Deen gibt es gar nicht*" (uma hipocondria sem uma idéia hipocondríaca-delirante não é nada). Não obstante, não pensamos estar em contradição com o psiquiatra francês na medida em que, como ele, pensamos ser o sintoma hipocondríaco conseqüente a várias organizações estruturais diferentes, desde as neuroses até os quadros orgânico-cerebrais (ver discussão nosológica a este respeito).

Dentro desta perspectiva de "psicopatologia diferencial", poderíamos dizer que uma coisa é a hipocondria (uma organização psicossomática), outra é o sintoma psicossomático, e outra ainda, a "doença psicossomática". Esta última corresponderia a um estado de ansiedade ou angústia que, atuando sobre um órgão *minor resistentiae*, condicionaria o aparecimento da doença (úlcera péptica, crise hipertensiva, asma etc.). Portanto, a sua psicopatologia é a dos estados ansiosos. Já quanto ao "sintoma psicossomático", este poderia se desenvolver sobre qualquer patologia, inclusive e sobretudo na histeria, em que o corpo todo, investido como "órgão psicossomático", tenta comunicar-se com o "outro". Já na "organização psicossomática", a hipocondria não tem valor "comunicacional", mas sim narcísico. A queixa hipocondríaca vem derivar o preenchimento de um "buraco narcísico" por uma doença, já que este "buraco alextímico" não pode ser expressado a não ser de uma forma "operativa". Este parece ser o caso de nosso paciente. A comunicação destas estruturas "operativas" se faz mais na direção dos sintomas obsessivos (cujo controle se aproxima fenomenologicamente da "operatividade" obsessiva) do que propriamente histéricos.

Na tentativa de corroborar esta impressão, poderíamos evocar o fato de o nosso paciente apresentar vários sintomas e uma psicodinâmica próxima da obsessão. Mas, como, então, relacionar, pelo menos neste caso, obsessão e hipocondria? Este paciente, além de uma dificuldade em lidar com um mundo "emocional" sexualizado (uma imaturidade, portanto), apresenta um intelectualismo, um racionalismo que, hipertrofiado, tenta controlar a vida pulsional. Ora, este racionalismo "isolado" e imaturo conduz a uma sorte de "pensamento mágico". Assim, temos a compreensão da obsessão como corolário do racionalismo e a explicação da hipocondria pela via do paradigma do pensamento mágico, que é uma explicação "racional" da natureza (no caso, do corpo). A proximidade estrutural destas duas condições é evidenciada, na clínica, pela figura da "obsessão do tocar" por medo da contaminação. O mecanismo do medo do obsessivo é o mesmo

do hipocondríaco: neste mundo "desvitalizado" e frio irrompe a ameaça dos germes da sujeira e do corpo (um "ser" vivido como inanimado pelo hipocondríaco).

Ao contrário do indivíduo normal, o hipocondríaco sente seu corpo como "coabitante" de sua alma e não como um todo. Assim, fácil é a explicação da "coisificação" do corpo. Este ser "material" deve ser, então, vítima de um rígido controle pela "alma", que deve cuidar dele como uma mãe cuida de seu bebê ou, pior ainda, como se cuidasse de um objeto.

Paradoxalmente, chegamos à fórmula de que o corpo do hipocondríaco é "tão seu" que deixa de ser parte integrante de si, pois, onde há subordinação, não há completude. Ele é "tão pertencente a si" que é reificado, objetalizado e exteriorizado, e por ser "tão seu", tão racionalizado, deve ser mais "cuidado" que vivido ou sentido. Exemplo desta condição é a atividade masturbatória do paciente, em que ele "apenas vê o orgasmo passar" sem tirar dele nenhum prazer. O "corpo" passa a ser vítima do "controle" que o obsessivo impinge ao seu mundo.

Em outro plano, poderíamos postular que o corpo do hipocondríaco serve de "lata de lixo", serve de objeto do deslocamento dos ataques sofridos pelo *self*. É assim que, nos repetidos fracassos amorosos, o paciente sempre questionou seu corpo em frente ao espelho (passava horas diante dele): "Será que, espelho meu, ela (a namorada) encontrou alguém mais bonito do que eu?". No entanto, quase nunca questionava o seu "eu" como causa possível de fracassos amorosos, poupando-o por esta via.

## DISCUSSÃO PATOGENICA

Vimos acima que toda a existência do hipocondríaco é impregnada por categorias "existenciais" próprias e enraizadas. Como, então, imputar a uma causa "complexual" da vida infantil toda esta "perversão" do estar-no-mundo? Alguns fatores desta ordem relacional precoce nos parecem dignos de nota: o pai, alcoolista e quase sempre ausente, favoreceu uma ligação muito forte com a mãe. Esta, por sua vez, massacrada pela solidão e pelo vazio afetivo, premida pelos cuidados aos filhos, e ela mesma com estrutura obsessiviforme, "operacionalizou" seu mundo, ou seja, transformou sua vida em uma série de dados e operações na tentativa de, através da secundarização, da cognição, superar a angústia à qual se via presa.

Como podemos compreender, esta mãe "obsessionalizou" seu mundo e, dentro dele, seu filho. Este, por sua vez, se viu cada vez mais só (e "vítima") com a mãe, por não se "adaptar" ao mundo. O fato é que a excessiva "intelectualidade" do paciente, desde sua primeira infância, o obrigou a viver em um mundo diferente do seu "circunmundo". Como exemplo, poderíamos citar uma constatação transcultural: as crianças européias (assim como sua sociedade) são, desde pequenas, mais intelectualizadas que as brasileiras, cujo mundo afetivo-relacional é muito mais importante. Esta "alma européia" do paciente, por assim dizer, o transformou em um "estranho no ninho". Neste ponto, somos, então, obrigados a lançar mão de uma hipótese constitucionalista para explicar (em parte) a estrutura do transtorno. Este paciente nos parece "constitucionalmente intelectualizado" e, desta forma, mais ou menos excluído de nossa sociedade "afetivo-relacional". Confirma esta idéia a sensação do paciente de sempre ser mal-compreendido, de nunca poder mostrar seu potencial, de não ter espaço para se expandir, de não ter um "grupo de convivência".

Um dado relevante é a piora dos sintomas durante a adolescência. Este período coincidiu com a entrada de Márcio para um grupo religioso espírita, religião de natureza muito racional. Nesta época sua sexualidade, como seria de se esperar, estava muito ativa. Os preceitos morais-religiosos vieram se chocar com seu *modus vivendi* pulsional. Deste embate surgiram tentativas de racionalização cada vez mais importantes e "paralisantes". A angústia derivada daí, não podendo se manifestar como sexo nem como agressão (impedidos pela religião), se corporalizou. O paciente, não podendo agredir, passou a ser agredido, e não podendo ser agredido em sua "pessoa" - pois era "santo" -, passou a ser agredido em seu corpo, origem do sintoma hipocondríaco. Ao mesmo tempo, cada vez mais voltado para "sua perfeição" e cercado por um "mundo profano", isolou-se cada vez mais, sendo que este mundo passou a ser também "perigoso".

O fator "constitucional" levantado acima pode ser colocado em relevo por um dado da história familiar: o irmão do paciente, apesar de ansioso, colecionador, controlador e perfeccionista (estrutura comum com o paciente, compreensível pela influência da mãe), não tem os sintomas hipocondríacos, a intelectualização nem a estrutura existencial do paciente, elementos vindos de sua constitucionalidade, segundo nosso modo de ver.

Neste ponto, é importante deixarmos claro que esta "patogenia" evocada diz respeito apenas ao caso em questão, um caso que, como dissemos na discussão nosológica, é psicogênico, compreensível dentro da psicologia e, portanto, não doentio. Para muitos outros casos de doenças "manifestando-se como hipocondria", defendemos a posição patogênica do organodinamismo. Nesta concepção, na doença mental há necessidade de um fator orgânico que "explique" a desorganização do ser psíquico (é a "estrutura negativa" da doença mental) e sua reorganização em um nível inferior. Para estes casos de "doenças", as manifestações psicológicas, apesar de compreensivelmente pertencentes à história vital do indivíduo, só podem ser consequência de uma desorganização do ser consciente, biologicamente condicionados e psicologicamente incompreensíveis, ou seja, aqui não pode ser estabelecida nenhuma relação de causalidade que "explique" o sintoma a partir de uma psicologia "normal". Repetimos, este não é o caso de nosso paciente que, em *sensu strictu*, não poderia ser considerado um doente mental, exatamente porque lhe falta o "delírio hipocondríaco" ("uma hipocondria sem idéias delirantes-hipocondríacas não é nada"). No entanto, apesar de não ser objeto da psiquiatria, nosso paciente o é do psiquiatra, já que no decorrer do diagnóstico diferencial (etapa imprescindível da prática psiquiátrica) todo bom psiquiatra começa a se inteirar do "mundo" de seu paciente e a fazer uma psicoterapia que pode se alongar. Ou seja, o paciente se torna um paciente do psiquiatra, mas não da psiquiatria, mais por contingência do que por definição (como dizia Ey: "o que cura o delírio é o neuroléptico e o médico"). Um ponto comum tanto à "doença" como à "psicologia" normal hipocondríaca parece ser o fato de que nestas condições se tem aumentada a modalização da intensidade do *imput* sensorial interoceptivo, proprioceptivo, nociceptivo, por uma focalização aumentada da atenção sobre o funcionamento do corpo. Postulamos ser "comum" tanto à ordem patológica quanto à ordem normal dos sintomas hipocondríacos, porque muitas "verdadeiras doenças mentais" forcem o indivíduo a voltar-se para si mesmo, por diminuírem sua abertura em direção ao mundo. Outros já são constitucionais ou normalmente egocentros.

As várias teorias psicogenéticas são interessantes quando aplicadas ao hipocondríaco

"normal", mas careceriam de confirmação reprodutível no que tange à explicação do "delírio hipocondríaco". Neste sentido, nestes casos personológicos como o nosso, a retirada da libido do mundo e a volta para si, a auto-agressividade sadomasoquista, os cuidados "maternantes" que o indivíduo dá a si mesmo por falta da mãe real, são observações válidas.

## DISCUSSÃO TERAPÊUTICA

Inicialmente, no decorrer do tratamento deste caso, houve a necessidade da prescrição de ansiolíticos, pela grande angústia do paciente diante de algumas situações específicas como, por exemplo, provas, seminários etc. Nesta época, os sintomas de linha obsessiva dominavam o quadro. Um trabalho de orientação psicanalítica foi, então, necessário para aclarar a agressividade contida, as formações reativas ("gostar" de quem o ofendeu), a dificuldade em lidar com a sexualidade (controle das pulsões pelo pensamento). O vínculo edipiniano e o descontentamento em relação ao pai foram levantados. A megalomania "velada" veio à tona. No entanto, os sintomas hipocondríacos não só permaneciam como sofreram uma recrudescência no decorrer da "melhora da obsessão". Entendemos isso como consequência da hipertrofia do narcisismo nuclear, na tentativa de se preservar dos "ataques" que o psiquiatra fazia às suas defesas megalomânicas e obsessivas. Como se sabe, o narcisismo é o setor mais resistente a modificações terapêuticas. No entanto, quanto mais o narcisismo tentava se salvar, mais isolado ficava (o paciente passava largo tempo "entendendo" seus problemas, justificando suas condutas, conseguindo argumentos de que não era neurótico etc.), e quanto mais isolado, mais vítima deste mundo "mecânico" e de seus perigos concretos (germes, doenças). Foi na tentativa de "humanizar" este mundo que iniciamos psicoterapia de orientação existencial, de grupo. Uma situação real nesta atividade foi a seguinte: às voltas com uma sinusopatia real mas hipertrofiada pela hipocondria ("vou ter hipóxia cerebral, alcalose, lesão irreversível" etc.), confrontamos o paciente com outros colegas portadores da mesma patologia (e mesmo mais grave) que não se mostravam tão preocupados consigo mesmos. Isto teve um efeito ansiolítico imediato sobre o paciente, menos pela explicação "racional" que pela transferência positiva em relação ao grupo, cujos componentes passaram a lhe dar a "segurança" que faltava na solidão de sua existência.

Aqui também fazemos as mesmas restrições que evocamos acima (ver discussão patogênica) para combater a "uniformização" de concepções patogênicas nosográficas e terapêuticas face aos sintomas hipocondríacos. Nesse caso em particular, a psicoterapia foi eficaz porque o problema se jogou na esfera da psicologia "normal", no âmbito da psicogênese (e, portanto, fora da doença mental). Em outros casos (ver discussão nosográfica) será necessário o emprego de antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos etc., conforme a patologia de base, acompanhados ou não de psicoterapia.

## Capítulo 22

# Tratamento farmacológico dos distúrbios de personalidade

---

Pode parecer um pouco paradoxal querer tratar-se de um transtorno de personalidade (que, como o nome indica, está ligado ao campo relacional humano) com psicofármacos; isto reflete até certo ponto a posição um tanto incorreta desta denominação. Na verdade, muitos distúrbios mentais com sérias alterações biológicas, como, por exemplo, a esquizofrenia, modificam o modo de se relacionar de uma pessoa, até então sadia nestes planos. É, portanto, indubitável que, problemas biológicos afetam a personalidade. No entanto, quando se denomina um transtorno como transtornos de "personalidade", fica implícito que a alteração primária neste distúrbio é uma alteração da personalidade em si, com seu componente psicológico e relacional.

Na primeira parte do livro já discutimos mais demoradamente estas questões, de modo que apenas resumiremos aqui nossas conclusões: a de que os ditos transtornos de personalidade, na verdade, são transtornos temperamentais que se refletem nas relações interpessoais e no modo cognitivo de cada paciente. "Modo de ser", ou de se relacionar, por definição (do conceito médico de "doença"), não pode ser classificado como "doença". Se, então, os distúrbios de personalidade são, basicamente, problemas temperamentais, aí podemos aplicar o modelo médico-biológico de "doença" e tentar intervir nele a nível farmacológico.

O tratamento farmacológico eficaz para os distúrbios de personalidade é algo sujeito a muita controvérsia na literatura. Poucos estudos randomizados estão disponíveis, os índices de comorbidades são grandes complicadores, e alguns resultados são muito conflitantes. Dentre os mais aceitos destes estudos temos aqueles que refere o efeito benéfico de neuroléptico em baixa dose para os pacientes borderlines (Gundersom et al.), inibidores da monoamino-oxidase para as disforias dos pacientes histriônicos (Klein et al.), uso de inibidores específicos da recaptação da serotonina para personalidades obsessivas. Diante deste estado incipiente da literatura passamos à análise de dados pessoais recolhidos empiricamente em nosso serviço, já com um recuo e uma experiência específica de aproximadamente dez anos.

Em nosso serviço psiquiátrico onde temos um programa especializado para tratamento de transtornos de personalidade, temos alguns protocolos abertos para farmacoterapia, que passamos a descrever. No que diz respeito ao grupo disruptivo dos transtornos de personalidade (histriônico narcísico, borderline, anti-social), temos pacientes com temperamentalopatias basicamente ligadas à impulsividade, deficiência no controle do impulso, na secundarização do pensamento, atitudes inconseqüentes calcadas no hedonismo, algumas derrapagens depressivas, sobretudo em pacientes hipersensíveis do grupo histriônico.

Neste grupo, tanto a impulsividade quanto as oscilações tímicas têm respondido satisfa-



toriamente à clozapina, diante do fracasso relativo de outras tentativas. Outros antipsicóticos são muito mal tolerados por causa das neurodislepsias distônicas, efeitos anticolinérgicos e, sobretudo, acatisia, a que estes pacientes parecem ser muito sensíveis. Pacientes basicamente impulsivos, como os anti-sociais, ou eventualmente agressivos, como os narcísicos contrariados, respondem bem aos efeitos tranquilizantes maiores e antiagressivos da clozapina (também a doses baixas de fenotiazínicos). Pacientes histriônicos têm sua reatividade emocional hiperestésica diminuída pela clozapina, ou olanzapina, o que conseqüentemente diminui as reações depressivas por "esgotamento emocional" muito freqüentes nestas pacientes. Normotímicos, como lítio, carbamazepina, valproato, não surtem efeito fora de casos com bipolaridade nitidamente relacionada a um transtorno afetivo. Antidepressivos (IMAO, tricíclicos, inibidores específicos serotoninérgicos - ISRS) também não são eficazes nestes casos, em nossa experiência, assim como os benzodiazepínicos, que não conseguem conter a impulsividade, agressividade, insônia, hiperatividade etc. Os serotoninérgicos, no entanto, são úteis na ansiedade, depressão e disforia desses pacientes. Episódios disfóricos comuns na personalidade histriônica "pura" (sem distúrbio afetivo endógeno associado) não têm respondido, em nossa experiência, aos IMAO, contrariamente à experiência de outros autores (Klein et al.). Por outro lado, pacientes com transtorno obsessivo de personalidade têm respondido bem aos ISRS, e pacientes com temperamento mais ansioso geralmente requerem tratamento benzodiazepínico. Dentre estes, o clonazepam é o mais bem aceito e parece mais efetivo. Além disto, sua vida média prolongada evita muitas tomadas diárias e reduz, deste modo, o seu potencial aditivógeno. Mesmo em transtornos temperamentais ansiosos isentos de depressão e/ou obsessão, os ISRS podem ser benéficos, isolados ou associados aos benzodiazepínicos. É interessante de se notar que estes medicamentos (benzo, ISRS) são mais eficazes naqueles pacientes ansiosos, sem agressividade, ao passo que, quando esta se superajunta ao quadro (como ocorre, por exemplo, em pacientes histriônicos ou borderlines), a clozapina parece ser uma opção mais interessante.

Antidepressivos heterocíclicos com componente noradrenérgico importante (maprotilina, imipramina, desipramina), em muitos casos, são inefetivos, podendo mesmo agravar certos pacientes que passam a relatar um aumento do "nervosismo", da reatividade emocional, dos tremores. No entanto, são muito úteis em anti-sociais, toxicômanos, condutopatas e bulímicos que também têm um transtorno de hiperatividade.

Dentre os ISRS, aqueles com potencial mais sedativo (paroxetina, por exemplo) parecem ser preferíveis em casos em que há muita ansiedade ou insônia superajuntada. A fluoxetina, por seu efeito "dinamizante", pode não ser tão eficaz nestas tempermentopatias ansiosas, já por si só hipercinéticas.

No campo dos transtornos "psicóticos" da personalidade, o problema se configura assim: a grande maioria dos pacientes ditos "esquizóides ou esquizotípicos" se enquadra nosológica e estruturalmente dentro das esquizofrenias, e seu tratamento, portanto, é o da patologia da base. Por outro lado, pacientes paranóides do tipo sensitivo kretschmeriano, sobretudo quando descompensados, se beneficiam de antipsicóticos mais sedativos na crise e dose menor como terapia de manutenção, associada, evidentemente, à psicoterapia. Dentre os antipsicóticos mais utilizados nestes casos, costumamos optar pela tioridazina (melhor para o tratamento do período

de estado) e pelo sulpiride, sendo este último muito bem tolerado por estes pacientes exigentes, dada a relativa ausência de sintomas extrapiramidais, o seu efeito "dinamógeno" e pouco sedativo, e todas estas qualidades são desejadas em um tratamento de manutenção. Agitação, agressividade e impulsividade em pacientes histriônicos ou borderlines podem responder a fenotiazínicos sedativos.

Anti-sociais de difícil controle podem responder a doses altas de butirofenonas de depósito (300 ou mais miligramas de decanoato de haloperidol, por exemplo).

Pacientes hiperativos com transtorno de personalidade podem responder bem a psicoestimulantes dopaminérgicos: anti-sociais, impulsivos, bulímicos, parafílicos, toxicômanos, borderlines, histriônicos emocionalmente instáveis.

## Capítulo 23

### Personalidades anormais na prática da psicologia médica

---

Na prática da Psicologia Médica somos muito confrontados com pacientes difíceis, sem que, no entanto, sejam portadores de alguma patologia psiquiátrica *sensu strictu*. Como bem disseram Jeammet et al. (1982) a respeito do estudo da personalidade patológica em Psicologia Médica, "não se trata aqui de fazer um diagnóstico psiquiátrico do paciente, mas de perceber a interferência entre sua personalidade e sua doença". Neste capítulo, é nosso objetivo facultar ao médico elementos teóricos para que possa facear estes casos de modo conveniente.

Os transtornos de personalidade colocam em relevo um problema fundamental na teoria da Psicologia Médica: a relação do psiquismo com suas fontes biológicas, como o temperamento e, eventualmente, a patologia. Os transtornos de personalidade, não sendo "doenças mentais" propriamente ditas, mas sim variações temperamentais no limite entre o normal e anormal (como bem assinalou Kurt Schneider em *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. Viena: Springer, 1950), nos esclarecem muito sobre as interações psicobiológicas complexas que ocorrem no ser humano. Assim, cumpre-se um dos *desideratos princeps* de Kretschmer, o "pai" da Psicologia Médica, qual seja o de se utilizarem os instrumentos e a prática médica no conhecimento mais aprofundado da psicologia normal e das interações psicobiológicas.

Há pessoas que têm fortes distorções cognitivas, tendo-se como parâmetro a cultura na qual estão inseridas. Assim, por exemplo, uma pessoa que tem a capacidade de matar qualquer um por motivos irrisórios, mesmo que não o tenha feito até o momento, tem uma estruturação anormal da personalidade. Quando estes fatores cognitivos são exteriorizados, como no caso dos assassinos em série (*serial killers*), o transtorno pode passar a ser notadamente disfuncional (obsessão, compulsão, parafilias, sadismo etc.). No momento em que estes transtornos estão incubados, não se pode dizer que os pacientes estão tendo atitudes desadaptativas, não obstante eles já terem as fortes e anormais distorções cognitivas, gérmen do futuro distúrbio. Estes fatores cognitivos distorcidos podem ser a somatória de temperamento com fatores familiares e sociais precoces altamente pejorativos (uma mãe negligente, agressiva, pai abusivo física ou sexualmente etc.). É possível que, em alguns casos, não haja uma alteração biológica, já que durante muito tempo não cometem atos autodesvantajosos ou desadaptativos, estando sua patologia, portanto, restrita mais ao âmbito sócio-relacional. No entanto, uma vez manifestado o desequilíbrio, seu tratamento requer medidas psicoterápicas e, eventualmente, farmacoterápicas; sua inclusão no âmbito médico (psiquiátrico) não parece desprovida de razão.

Passamos, a seguir, a um estudo descritivo sucinto dos principais transtornos de personalidade. Para a descrição mais sistemática, remetemos os leitores aos livros de Psiquiatria.

## **DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL**

Resumo descritivo: atividades delinqüenciais desde pequeno, furtos, agressividade, fugas, desconsideração pelo outro, instabilidade, impulsividade, toxicomanias.

Talvez tenha sido o primeiro distúrbio de personalidade a ser descrito pela Psiquiatria, ou pelo menos é qualitativamente o mais importante. O próprio nome de "psicopata", cunhado inicialmente pela Psiquiatria alemã para designar todos os distúrbios de personalidade, com o tempo passou a designar apenas os anti-sociais.

Schneider os descreve como desalmados, e o DSM cita uma série de atitudes anti-sociais que servem de critérios para o seu diagnóstico. No nosso entender, a alcunha de "desalmado" não caracteriza psiquiatricamente o grupo, uma vez que muitos desalmados há que nem por isso podem ser qualificados como "psicopatas". Por outro lado, todo clínico já se defrontou com "psicopatas" que furtam, agredem, se mudam constantemente e, no entanto, cultivam muito afeto por crianças, animais etc., pelo menos em certas ocasiões; se não são nenhum "São Francisco", estes raptus de afetividade nos afastam da rotulação de pura e simplesmente "desalmados".

Por outro lado, uma enumeração pura e simples de atos delituosos não nos parece convincente para a delimitação de um distúrbio de personalidade, já que há indivíduos que, não obstante colecionarem atividades delituosas, poderiam com facilidade ser enquadrados como criminosos comuns.

No entanto, não negamos validade da delimitação de um distúrbio de personalidade em que uma das características seja a realização de atitudes anti-sociais; o problema é que essas seriam o epifenômeno de um fator disposicional básico que poderíamos denominar de "hiperpulsionabilidade". Esse termo designaria um excesso de pulsões instintivas e a concomitante falha em dominá-las. Nessa "falha", além dos fatores disposicionais, poder-se-ia advogar a presença coadjuvante de uma educação falha em disciplina ou limites. Nosso conceito, então, se aproxima do que Schneider denominou de "psicopatas hipertímicos", e não é à toa que esse autor se refere à grande comorbidade entre esse grupo e os desalmados, instáveis etc. Esses pacientes não se caracterizam "basicamente" pelos atos infracionais que cometem, mas pela maneira como os cometem, ou seja, de modo predominantemente impulsivo, imediato, exutório e sem elaboração. É só esse ultimo grupo de fatos, inclusive, que os pode colocar no rol de transtornos mentais, de acordo com nossa concepção prévia de distúrbio de personalidade.

Hoje é muita bem conhecida a grande associação que existe entre este transtorno de personalidade anti-social e o distúrbio de hiperatividade/déficit atencional da criança, que pode não ficar restrito à infância e invadir a vida adulta afora (agitados, mudam sempre de atividade, atenção fugaz, instabilidade afetiva, profissional, escolar, impulsivos etc., ou seja, guardam praticamente a mesma sintomatologia do distúrbio de personalidade anti-social). Parece também evidente que nem toda criança hiperativa se transformará em um "psicopata", talvez faltando para isto, além da hiperatividade, fatores psico-sociais intervenientes (tais como problemas com os pais, ausência do pai, alcoolismo da família, delinqüência ou anomia da família, mãe super-protetora etc.). Esta última constatação, que, repetimos, já é vastamente documentada na literatura (ver, por exemplo, Melwin. Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Porto Alegre:

Artmed, 1996), tem grande importância terapêutica, pois, como se sabe, hiperativos respondem bem a psicoestimulantes. Esta constatação nosográfica também tem o poder de anular o grande niilismo terapêutico que reina até hoje em círculos psiquiátricos mais tradicionais acerca do "psicopata".

### **Caso Clínico**

Mardem, 10 anos de idade, é trazido por sua mãe a pedido do Juiz da Infância, pois a mãe o estava aprisionando com correntes dentro de casa. Mardem foge de casa, fica até um mês fora, anda com um revólver na cintura, fuma, bebe, abusa de vários tipos de drogas, cocainóides, solventes voláteis; freqüenta bordéis, onde chega a ficar dias seguidos; assalta à mão armada etc. Várias prisões, passagens por Conselho Tutelar, SOS Criança, tudo isso em vão. Mardem tem uma história e uma apresentação clínica típica de um hiperativo: inquieto desde bebê, sono agitado, não parava quieto na escola, inúmeras reclamações, não gosta e não tem paciência para ler nem para ver TV, sempre em busca de novidades, aventuras, emoções fortes, parece não aprender com a experiência, dada a insensibilidade que apresenta, tem raciocínios superficiais, fugazes, e daí pouca futurização ou juízo crítico. Vive de momento em momento, não se preocupa com o ontem nem com o amanhã. Tudo em seu psiquismo é superficial, inclusive os sentimentos. Esta superficialidade acaba fazendo com que as punições ou dificuldades sejam rapidamente esquecidas ou tenham pouca repercussão em seu psiquismo. Sem repercussão emocional, estas experiências negativas passam "em branco", e Mardem tende a repeti-las, sem culpa, sem aversão nem medo. Aliás, Mardem é extremamente destemeroso de qualquer situação, sendo conhecido como "doidão". Sua mãe, Sra. Marta, parece também ter um problema do controle dos impulsos: ora é muito agressiva, ora é carinhosa, ora perde o controle, bebe, faz escândalo, ora parece ser muito moralista, equilibrada, exemplar para os filhos. Mardem já chegou a dizer um dia, na consulta, mais ou menos assim: "vou falar para o médico que você não é nenhuma anjinha, vou contar o que você faz, você bebe, coloca chifres no Jairo" (padrasto de Mardem). Logo depois, na presença da mãe, evita falar sobre o assunto e até nega que isso seja verdade.

Este caso é um caso prototípico de uma personalidade anti-social se organizando ou já organizada, apesar da idade (os critérios diagnósticos dizem ser necessário que se atinja a idade de 18 anos para se falar, então, de um transtorno da personalidade). Todos os ingredientes de um "psicopata" aí estão. Vemos vários fatores envolvidos na formação desta condição patológica:

- um inquestionável transtorno de hiperatividade/déficit atencional, inclusive com genética sugestiva, pois a impulsividade e "agitação" da mãe assim como sua agressividade são indicativas de hiperatividade também da mãe.

- um fator psicológico que estrutura a patologia. É provável que, fôsse a mãe normal, Mardem seria apenas um hiperativo e não um "psicopata". Vários autores têm estudado os problemas psicológicos da interação mãe-filho dos futuros "psicopatas" (conforme a interessante revisão de R. Mises em *Confrontations Psychiatriques*, 1:50, 1980). H. Flavigny, do Hospital da *Cité Internationale de Paris*, foi o primeiro a levantar a importância de "mães instáveis" na gênese de transtornos de conduta. São mães ora rejeitantes, ora muito afetivas. Tal tipo de mãe, pelo seu carinho, oferece um substrato afetivo que impede que a criança se torne um "borderli-

ne", mas ao mesmo tempo lhe passa uma agressividade que, incorporada, autoriza a quebra das regras. Marta, por exemplo, em alguns momentos, agride Mardem até deixá-lo sangrando, e muito frequentemente diz que "vai esmagá-lo, que quer matá-lo, furá-lo com uma faca, que ele estragou a vida dela, que ele vai acabar matando-a, que ele é a desgraça da vida dela" etc. Esta efração pulsional, esta impulsividade "autoriza" Mardem a ser igualmente impulsivo, o torna igualmente, como ela, sem possibilidade de contenção pulsional, sem processo secundário, sem racionalização. O mundo pulsional fica "flutuante", "não ligado" e, assim, se manifesta em "*acting-outs*" agressivos ou hedônicos. Por outro lado, as "infrações" cometidas por Marta (alcoolismo? adultério?) parecem autorizadas a dissolver o superego de Mardem (que, aliás, é malformado, dado à distorção da Triangulação Edipiniana nesta família: Marta vive com um amásio e não com o pai de Mardem e, além disto, o desqualifica o tempo todo na frente de Mardem e de dois outros filhos). Assim, o padrasto de Mardem não pôde fazer o papel de pai na Organização Edipiniana, pois foi desqualificado e, assim, não pôde "castrar". Sem castração, o Édipo não se completa e, conseqüentemente, não há como surgir um superego adequado, com suas necessárias interdições, "herdeiras" do Complexo de Édipo, como dizia Freud. Sem um superego, com uma mãe impulsiva e também "infratora", Mardem não tem muito mecanismo de contenção pulsional, e daí um reforço psicológico para um comportamento hiperativo que, por sí só, já gera uma perigosa busca de novidade nas ruas.

Há outros elementos biográficos familiares que ajudam no entendimento do caso de Mardem. Em primeiro lugar, sendo filho adotivo, o padrasto evita ou não pode corrigi-lo, pois a mãe não deixa ("ele não é seu filho"). O padrasto de Mardem também contribui para este distanciamento, pois é um homem grosseiro, dado a bebedeiras, motorista de caminhão que passa longos períodos fora de casa. Assim, não investe seu enteado como filho, isto é patente. Um outro dado importante é de que a própria mãe de Mardem é, esporadicamente, dada a bebedeiras, fica, em determinados momentos, até altas horas fora de casa quando o marido viaja. Mardem tem muita revolta disto. Por outro lado, Marta envia várias mensagens que fazem Mardem sentir-se ainda mais impune: "no meu filho ninguém pega", "não aceito que falem mal dele", "não foi ele quem roubou, tenho certeza", "não vou entregá-lo para o Juiz enviá-lo para uma cadeia entupida de marginais", "meu filho é doente, não tem culpa do que faz", "meu filho não é bandido", "ele pode até fazer coisas erradas, mas não é mau". Assim, Mardem sente que sua mãe o protege da Lei, e ela mesma infringe esta Lei. Além disso, o padrasto de Mardem não pode ser o veiculador desta Lei, primeiro porque não lhe dá amor, e segundo porque é desautorizado e desqualificado por Marta. Mardem associa, então, à sua hiperatividade uma inflação narcísica, uma megalomania que permite à sua mãe, e conseqüentemente a ele próprio, tudo fazer, tudo transgredir. Diga-se de passagem, muitos dos comportamentos da mãe também podem ser colocados à conta de sua patologia, pois ela também é hiperativa/impulsiva.

Este caso ilustra bem, portanto, como a Psicologia Médica pode tentar entender uma patologia complexa como esta do ponto de vista psicobiológico. Ajuda a enxergar como se dão as complicadas interações entre o equipamento biológico de base (temperamento, patologia do temperamento, hiperatividade, influências genéticas etc.) e o meio social.

## **PSICOPATOLOGIA DA PSICOPATIA (PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL)**

Na personalidade anti-social há a presepça de alguns elementos psicopatológicos importantes: uma grande busca de novidades, necessidade de aventuras, de "adrenalina", todos elementos também presentes no transtorno de hiperatividade e déficit atencional. Daí, no nosso entender, o núcleo psicopatológico da psicopatia ser superponível ao da hiperatividade. É claro que muitos hiperativos não são psicopatas, mas vários trabalhos mostram que hiperativos sem equilíbrio familiar estão em grande risco para distúrbio de conduta e personalidade anti-social (Ver R. Rachmaninov. *Psychopathology of juvenile delinquency*. J Clin Psych, agosto de 2003). O mundo da marginalidade é bem mais aventureiro, se parece muito mais a um carrossel do que ao mundo normal, e é isto que o hiperativo busca. Daí sua grande atração pelos marginais, com suas histórias, suas façanhas, sua emoção. Recusam-se ao mundo dos que vêm televisão, lêem, freqüentam igrejas, namoram, vão à casa do sogro etc. Este mundo caleidoscópico, proteiforme, mutante, da marginalidade se adequa perfeitamente à sua necessidade de novidades para estimular a síntese de dopamina. Sentem, antes de tudo, a necessidade do pulso dopaminérgico mais do que a necessidade moral (sobretudo quando esta não é muito firmemente estabelecida em seu caráter: mãe agressiva, pai ausente, mãe superprotetora ou permissiva, ou mãe que apoia ou banaliza suas atividades delinqüenciais, pais alcoolistas ou drogados, ou seja, também hedonistas, etc.) Ou seja, se não têm uma relação de amor e, conseqüentemente, de respeito pelo outro, terão um motivo a mais para se dedicar a atividades delinqüenciais. Um de nossos pacientes, por exemplo, tinha uma mãe muito boa, mas permissiva, banalizava e escondia seus atos. Outro tinha uma mãe muito moralista, o pai também, mas os pais eram frios, não lhe passavam afeto. Outro tinha uma mãe muito instável, que alternava momentos de carinho excessivo com momentos de muita angústia e impulsividade. Outro fôra desprezado pelo pai, que abandonou a família para namorar uma garota bem mais nova. Ou seja, em grande parte deles, temos um problema de amor e de limite (amor sem limite degenera em permissividade, e limite sem amor degenera em agressividade). Sem a figura do outro muito instável em sua mente, tanto pelo déficit de atenção quanto pela estrutura familiar, o psicopata irá desconsiderá-lo.

## **DISTÚRBO DE PERSONALIDADE BORDERLINE**

Resumo descritivo: angustiados, impulsivos, tentativas de suicídio, automutilações, toxicomantias, dependência afetiva e ódios intensos.

Semelhante ao grupo precedente, a manifestação clínica desses pacientes, muitas vezes, é a realização de atos impulsivos e inconseqüentes, alguns infracionais. Não obstante, os borderlines parecem ter como patogenia básica uma "instabilidade afetivo-emocional" adicionada a uma grande dificuldade de controle racional desses fatores. Essa dificuldade de controle parece estar ligada a graves distorções afetivo-educacionais, e provavelmente jogam aí um papel muito importante, não obstante não pensarmos serem preponderantes (Sabe-se hoje, por exemplo, que alterações psicológicas, relacionais precoces podem gerar verdadeiras lesões ou alterações funcionais permanentes no cérebro, conforme Driessen et al. Arch Gen Psychiatr, 57:1115, 2000;

Lyoo et al. J Affect Dis, 50:235, 1998; Goyer et al. Neuropsychopharmacology, 10:21, 1994). São geralmente indivíduos emocionalmente hiperestésicos, donde uma grande proporção de mulheres em suas fileiras. Toda a impulsividade, embora importante, não é suficientemente forte para romper os limites de grande parte das regras sociais anti-infracionais, como ocorre entre os anti-sociais. Nesses últimos, o exutório pulsional é absoluto e sem peias. Devemos lembrar também a grande agregação familiar de transtornos afetivos em famílias de pacientes borderlines, o que faz alguns autores (como Akiskal e sua escola, por exemplo) aventarem a hipótese de que, em sua grande maioria, os pacientes borderlines tenham algum tipo de transtorno afetivo na base de seu transtorno (ciclotimia? bipolar tipo II?).

## **Caso Clínico**

### **O caso Michelle: Uma apresentação pseudoborderline de doença cerebral**

Michelle, estudante, 13 anos, chega ao hospital trazida carregada e manietada pelo pai e por um casal de vizinhos, aos gritos, dando murros na parede, querendo retirar as calças e dando murros nas coxas, dizendo: "tire as mãos de mim". Além disto, uma vez colocada na cama, tapou os ouvidos com os dedos, virou o rosto para a parede e, assim, permaneceu, tentando isolar-se sensorialmente das circunstâncias, ao mesmo tempo em que se esmurrava e arrancava os cabelos. Apresentava episódios de ilusão ou alucinação multissensoriais, tais como dizer que muitos a observavam e a perseguiam (de fato, o quarto estava cheio de médicos), que estava escutando coisas que não queria ouvir (de fato, o ambiente estava barulhento).

Quando ela pôde entabular uma conversa com o médico examinador, reconheceu-o como médico e sabia que estava em um hospital. Quando um dos acompanhantes eructou involuntariamente, ela disse "eu também faço estas faltas-de-educação, e você está querendo me imitar". Ou seja, apesar de estar virada para o canto da parede, estava bem conectada com o ambiente. Não aceitava nenhum contato físico. No início, disse que ela mesma colocaria a campânula do estetoscópio em sua região pré-cordial, mas logo se irritou porque o médico estava se aproximando dela para introduzir as aurículas do estetoscópio no conduto auditivo externo dele.

Quando se lhe tocava para examiná-la, ela nos repudiava com socos e pontapés. Dizia que estava morrendo de raiva de "um tal" Nivaldo e Adriano, inclusive porque este último havia "mexido" (sexualmente) com ela.

A partir desta apresentação clínica, ficamos instados a crer tratar-se de uma crise psicótica sobre uma personalidade borderline ou histérica. Havia muitos motivos para isso:

- 1) História de abuso sexual.
- 2) Pais separados. A mãe abandonou os filhos quando eram pequenos. Não obstante a madrasta ser boa, Michelle passou por casas de muitos parentes, inclusive na casa de Nivaldo.
- 3) Alucinações multissensoriais podem ser indícios de episódios psicóticos psicogênicos, dissociativos, histéricos, borderlines.
- 4) A paciente estava bem conectada com o ambiente.
- 5) Havia conteúdos afetivo-sexuais em sua temática.
- 6) O pai relata um início agudo ("de três dias para cá").



7) A madrasta havia dado à luz há quatro dias a um meio-irmão (ciúmes? concretização? ódio?).

8) Sua *performance* escolar fora ótimo até então.

9) Não havia história prévia de depressão, mania, estados mistos ou uso de drogas.

10) Não há nada relevante em seus antecedentes médicos.

11) O pai estava extremamente preocupado e solícito (Édipo? Medo de denúncias sexuais?).

Firmamos, então, o diagnóstico de um susto psicótico sobre uma personalidade predisposta (histriônica? borderline?) e, para aprofundarmos as investigações com fins psicoterápicos, iniciamos uma narcoanálise com benzodiazepínicos. Michelle passou, então, a relatar que não só Adriano "mexia" com ela, mas também o cantor Latino a estava assediando pela televisão com propósitos sexuais. Quando eu lhe pedia para detalhar mais os fatos, ela se enraivecía e dizia: "Você sabe de tudo; é só olhar em sua máquina". Passou a dizer que "o mundo todo" a observava pela televisão e que também havia quem pensasse em matá-la. Às vezes, no decorrer da sessão narcoanalítica, esbugalhava os olhos em minha direção e, como vendo além de mim, dizia "que o mal havia entrado em mim e o mundo estava dividido entre o bem e o mal". Diante destes delírios bizarros, passamos a fazer uma nova hipótese: a de uma esquizofrenia, não obstante as manifestações esquizofrênicas nesta idade serem de cunho mais hebefrênico e desorganizado. De fato, não encontramos nenhuma alteração formal do pensamento que fizesse pressupor uma destas formas regressivas de esquizofrenia. Nestes episódios de grande agitação, os esquizofrênicos tendem a ficar mais desorganizados e comprometidos cognitivamente, o que não parece ser o caso de Michelle.

No entanto, uma entrevista mais aprofundada com o pai (que, no final das contas, se mostrou muito adequado e afetuoso) mostrou que havia vários sintomas "estranhos" em seu comportamento: 1) Isolamento na escola; 2) Dizia que os colegas a criticavam demais na escola e a perseguiam; 3) Dizia que seus muitos ursinhos de pelúcia estavam olhando para ela e conversando com ela.

A partir destes dados anamnésicos, acoplados com a clínica, pensamos que o diagnóstico mais viável para este caso realmente é o de uma esquizofrênia.

Várias doenças mentais, transtornos cerebrais com repercussão psicológica, podem levar a quadros semelhantes aos transtornos de personalidade borderline (que, como vimos, na acepção estrita da palavra, é gerada basicamente por graves e estressantes distorções relacionais precoces na infância): assim, é muito comum pacientes com atrofia frontal (geralmente pequenas), comumente mulheres, apresentarem sintomas borderlines (drogas, instabilidade emocional, instabilidade psicomotora, suicídio, ligações emocionais caóticas, "porra-loucas" etc.). Transtornos afetivos bipolares ou depressões subclínicas também podem induzir quadros semelhantes. Uma de nossas pacientes tinha um comportamento borderline/dissocial típico, com grande instabilidade emocional, crises "histéricas", alcoolização, lutos severíssimos por perdas amorosas, descuido dos filhos, crises depressivas, vida pulsional caótica, alternada com alto hedonismo. Como era muito ansiosa, agitada, logorréica, e tinha isso alternado com períodos disfórico-depressivos, a primeira hipótese foi a de um transtorno bipolar tipo II (antiga psicose maníaco-depressiva, com sintomas maníacos subclínicos). De fato, obteve melhora razoável sob valproa-

to, medicação que tem boa ação na bipolaridade. No entanto, a paciente descontinuou o tratamento por conta própria e passou quatro anos sem nenhum sintoma (o que não é comum para uma bipolar de ciclagem rápida). Descompensou muito quando soube que o companheiro com quem tinha passado os últimos quatro anos era bissexual. Nova recaída depressiva, nova disforia; mas, desta vez a anamnese do médico foi mais profunda, incluindo a mãe, e o quadro clínico que se descortinou foi outro: de fato, a paciente, desde a mais tenra idade, era inquieta demais, dormia mal, subia em árvores, quebrava pernas, braços, era um "capeta" na escola, hipercinética, com atenção enormemente fugaz, experimentando de tudo, drogas, álcool, sexualidade desvairada etc. Ou seja, na verdade um típico quadro de transtorno de hiperatividade/déficit atencional. Foi, então, instituído um antidepressivo com propriedades mais noradrenérgicas, com um espetacular resultado, sem viragem para mania, corroborando, assim, o diagnóstico de hiperatividade (se fôsse uma bipolaridade, muito provavelmente a paciente teria feito uma viragem de depressão para mania, sobretudo porque não estava sob a proteção de uma medicação normotímica - estabilizadora do humor). Assim, como mostrou este caso, a hiperatividade do adulto é um forte candidato a diagnóstico diferencial da personalidade borderline (o valproato de sódio, apesar de ser um normotímico, indicado na bipolaridade, também melhora estados agressivos de outras etiologias, talvez por conta de seu efeito sedativo-gabaérgico).

## **DISTÚRBO DE PERSONALIDADE HISTRIÔNICA**

Resumo descritivo: "histérica", sedutora, "perua", hipersensível, hiper-reativa, dramática, hiper-emotiva.

## **DISTÚRBO DE PERSONALIDADE NARCÍSICA**

Resumo descritivo: preocupa-se só consigo mesmo, despreza os outros, suas necessidades.

Como para o grupo dos paranóides, a autocentração é aqui essencial. Como grande parte da população compartilha de traços narcísicos, é possível que só procurem ajuda técnica aqueles indivíduos portadores de algum distúrbio conseqüente, como, por exemplo, uma reação depressiva decorrente de uma perda amorosa. Como tais pacientes se julgam merecedores de atenção "especial", dificilmente aceitam que alguém possa abandoná-los e, sobretudo, trocá-los por outros. Por outro lado, sua rede de apoio "social" é restrita, tendo-se em vista seu fraco poder de empatização, o que os fragiliza ainda mais diante das perdas que, por esse motivo, são vividas em um contexto de solidão. Deste modo, quase nunca é o narcisismo a causa primária da consulta, mas sim seu concomitante distúrbio do eixo I.

Há vários fatores relacionais que podem estar envolvidos na gênese da condição: mães superprotetoras, ausência da autoridade do pai, mães que desvalorizam outras crianças a favor do filho, mães frias que, secundariamente, geram nos filhos, por falta de narcisismo primário, uma busca de autovalorização narcísica. Segundo alguns autores, é possível que haja também fatores genético-biológicos envolvidos. Livesley et al., num dos mais elegantes estudos já realizados na área (Am J Psychiat 150:1826, 1993), compararam gêmeos monozigóticos criados

juntos e separados e concluíram que todas as dimensões da personalidade sofriam influência genética (exceto uma: defeitos de caráter que levam a pessoa a prejudicar as outras. Esta dimensão estava mais relacionada com o ambiente do que com a genética), inclusive a narcísica. Nota-se que pacientes com tendências obsessivo-ansiosas têm uma predisposição maior para desenvolver narcisismo patológico (talvez porque se preocupem muito, se tornem obsessivos com algumas coisas para sanar os temores da ansiedade antecipatória e se tornem, assim, muito preocupados com eles mesmos = narcisismo).

### Caso Clínico

Sônia, 32 anos, nível superior, procura tratamento por causa de uma desavença conjugal; apesar dos dois filhos, já está em vias de separação, assim como de uma depressão, que é tratada farmacologicamente. Mesmo melhor da depressão, os problemas conjugais continuaram, e logo pudemos constatar que Sônia não é uma boa mãe e esposa, continuando mais ligada à casa paterna, onde é tratada como uma criança, alvo dos maiores cuidados, mimos e papricagens. Assim, Sônia foge dos problemas de casa, marido, filhos, refugiando-se na "bolha de narcisismo" que seus pais criaram para ela (não aceita um "não", tudo que ela faz tem de ser altamente elogiado, não aceita fracasso, só conversa sobre ela, o que afasta as amigas, acha que o marido é que tem de mudar, vai de casa em casa das amigas procurando consolo, orações, conselhos, mas que dificilmente segue). Além da medicação para sua clara depressão, trabalhamos com Sônia o seu narcisismo, mostrando-lhe as perdas pelas quais deveria passar para se tornar adulta, mostrando-lhe suas falhas narcísicas, seu egocentrismo, interesse puramente pessoal, abandono afetivo dos filhos, "paternização" de seu marido (que ela queria que fôsse como seu pai, ou seja, absolutamente complacente). Sônia parecia aceitar e se comprometer na psicoterapia, até o dia em que, em uma consulta, ficamos sabendo que havia começado uma psicoterapia com uma psicóloga, e que esta psicoterapia estava indo "muito bem", que ela a entendia, a ouvia, a "valorizava" etc. Disse que, conosco, enquanto médicos, queria apenas a receita da medicação. Dissemos-lhe, então, que não trabalhávamos sem o enfoque psicológico, ou seja, só com farmacologia, já que, para nós, é impossível separar corpo e mente desta forma, com todos os problemas que isto pode acarretar. Indicamos-lhe, também, que esta procura de uma "co-terapia" representava um mecanismo narcísico de fugir das modificações necessárias, refugiando-se em uma figura complacente, continente, que nada mais estava fazendo do que reforçar seus mecanismos narcísicos, engendrados no seio de sua família. Queria sempre falar de si (falar, falar... receber, receber), mas nunca ouvir, doar, doar-se, ou seja, não queria deixar uma posição de passividade infantil e assumir uma psicologia adulta de responsabilidade e de doação. Iatrogenicamente, sua psicoterapia a estava piorando, ou seja, reforçando seus mecanismos narcísicos (ver no capítulo referente às psicoterapias, a necessidade de se conhecerem bem os mecanismos psicopatológicos ou desviantes antes de tentar mobilizá-los). No conhecimento amplo destes mecanismos, tanto os fatores biológicos (depressão, psicose, lesão, por exemplo) quanto os psicológicos são imprescindíveis (daí a posição *sui generis* do médico neste particular).

## **Caso Clínico**

Rone, 22 anos, estudante de Direito, é trazido pelo pai por causa de grande agressividade em casa: quase matou a mãe por causa de um arroz mal cozido. Ficamos sabendo que Rone é muito irritado, intolerante, não aceita as coisas quando não lhe agradam, acha que merece mais do que os outros, acha-se mais bonito e mais inteligente do que os outros e, por isso, merece a atenção e a servitude das pessoas (ou seja, claramente um transtorno de personalidade narcísica). Na psicopatologia de Rone alguns fatores se ressaltam: (a) uma estrutura ansiosa que, preocupada demais, se degenerou em obsessividade; (b) esta obsessividade, em momentos vivenciais ou existenciais de muito estresse, degenera em depressão; (c) a depressão piora a irritabilidade já inerente ao temperamento de Rone; (d) sendo muito preocupado, obsessivo, Rone se tornou uma criança pensativa e irritada, muito preocupada consigo mesma; (e) os pais não tiveram uma boa influência sobre este comportamento, pois trabalhavam fora o dia todo, além de a mãe de Rone ser um pouco "fria afetivamente", e de cuidar melhor dos outros quatro irmãos de Rone do que dele mesmo (o número grande de filhos também prejudicou a atenção individual para cada um deles). Rone, assim preocupado, obsessivo, sozinho, cresceu "lutando contra o mundo", tendo de forjar o próprio narcisismo megalomaniaco, uma vez que os pais, sobretudo a mãe, não lhe forneceram o salutar narcisismo secundário que o amor dos pais tem o poder de fornecer.

## **PSICOGENÉTICA DO NARCISISMO**

No narcisismo está envolvida uma falha fundamental em ver o "Outro", e isto é fundamental para estabelecermos uma autocrítica salutar, pois só o "Outro", ou seja, o que está "de fora", pode nos criticar, uma vez que nós mesmos, dentro de nós, isolados do resto, temos uma visão muito distorcida de quem somos de fato. Só o Outro nos serve verdadeiramente de espelho e nos mostra quem somos. Se não temos esta instância do Outro organizada dentro de nós, tornamo-nos narcisos, aquele que se observa, se admira. Mas quais seriam as causas deste "transtorno de constituição" do outro? Há dois fatores que podem interferir. Caricaturalmente e simplificada, poderíamos resumi-los como o "Filho da Mãe" e o "Filho da Puta". O filhinho da mamãe não constitui o Outro porque ele e a mãe são um só em um vínculo fusional, não rompi-do pelo pai ou pela lei-castração. É o tipo da mãe que tira o doce de outra criança e dá para o filho dizendo (é claro, isto é simbólico-metafórico): "tome meu filhinho, você é melhor do que ele, você merece mais este doce do que ele, você é feito de outra substância". Este tipo de comportamento da mãe faz com que o indivíduo nunca veja o outro, nunca o construa dentro de si. Uma mãe sadia tem o poder de "construir o Outro": "não meu filho, dê o doce para ele, você não vê que ele está com fome? Você não vê que ele é pobre, não tem o que você tem? Você não tem dó de ele ser sozinho, não ter um pai ou uma mãe que lhe dê um doce? Coitadinho...", e assim por diante. Ou seja, esta mãe "constrói" o Outro, e a mãe do Filho da Mamãe impede esta construção. Para ilustrar o que chamo de o narcisismo do Filho da Puta, cito um caso clínico real. Uma família do interior era feliz, até o dia em que o pai descobriu um flerte da mãe. Separaram-se, um dos filhos ficou com o pai, outro com a mãe. Esta mãe passou a ter vários namorados, o que no interior era um escândalo. O filho, que chamaremos Wilson, passou a ser, literalmente,

conhecido como o "Filho da Puta". Além desta humilhação, tinha a falta de amor da mãe, que estava mais envolvida com seus namoros do que com o filho. Este, então, cresceu revoltado, com ódio do mundo (que, para ele, era constituído de putas hedônicas e perversos adúlteros). Sem ter sido "narcisado" por uma mãe suficientemente boa (na terminologia de Winnicott), Wilson passou a se narcisar a si próprio, comprou carrões, roupas de linha, tornou-se um poderoso professor, em síntese, tornou-se, socialmente, um vencedor. Olhava para si mesmo e tinha orgulho, vaidade, do que havia se tornado: um "superior da raça". Enfim, havia "se dado" o que a mãe e a sociedade não lhe deram, um narcisismo. Ele passou a se amar, a se valorizar, e, sendo poderoso, a dominar e a esmagar o Outro. Este "Outro", de fato, nunca existiu para ele, pois não teve uma mãe cujo amor pudesse lhe mostrar o sentimento, a dor, a necessidade do Outro. Para Wilson, o Outro não existe: existem objetos que ele arrola, que ele classifica para seu bel-prazer. O Filho da Puta e o Filho da Mãe, apesar de serem ambos narcisos, terem uma dificuldade na construção do Outro, se diferenciam porque o Filho da Puta, no fundo, se julga um "bosta", e o Filho da Mãe se julga, explicitamente, um rei com os súditos e vassalos ao redor.

## PERSONALIDADE IMAGINATIVA

Com o nome de personalidade mitômana, os psiquiatras franceses Dupré, Logre e Delmas descreveram um tipo de personalidade fantasista, que cria e habita a própria fantasia, o qual a caracteriologia moderna liga muito à personalidade histriônica. De fato, pacientes com personalidade histérica tendem a ter uma sensibilidade e, conseqüentemente, uma imaginação muito fértil, muitas vezes utilizada para "fugir" da dura realidade. No entanto, a personalidade histérica não esgota as personalidades imaginativas. Há pacientes que se tornam imaginativos por outras razões. Lembro-me, por exemplo, de um paciente que, oligofrênico limite, conseguiu entrar na Faculdade, em um curso de Química, mas logo foi reprovado e impossibilitado de frequentar as aulas. Coagido em sua deficiência, desenvolveu um comportamento mitomaniaco; dizia ter inventado uma fórmula de astrofísica que conseguia unificar as teorias, que era famoso no Brasil, tinha artigos em jornais, participações importantes em congressos científicos, tinha várias profissões etc. De fato, João, vamos chamá-lo assim, lia muito, inclusive revistas científicas, mas assimilava tudo superficialmente, e, como tinha boa memória, citava tudo daqui e d'alá, dando uma certa impressão de erudição para os superficiais. Tinha uma vida interior e uma estesia muito rica, gostava de se vestir e de usar adornos extravagantes. A base, então, era uma oligofrenia, a reação caracterial contra esta deficiência e uma hiperestesia associada com ligeira hipertimia. Tudo isto acabava resultando em uma personalidade imaginativa.

Em outro caso, tivemos como paciente uma garota paraplégica, obesa, inteligente, que, diante da impossibilidade de vida afetiva, conjugal, sexual, ou seja, diante de uma vida tão difícil, optou por refugiar-se em outro mundo, tornando-se uma *expert* em ovnis, vida interplanetária, cosmologia, acabando por acreditar e apregoar que era um ser de outro planeta, que em outra galáxia era uma "engenhaira do tempo", que regulava o tempo cósmico etc. Dava palestras sobre temas fantásticos como, por exemplo, implantação de material biônico nos corpos humanos feita por cientistas extraterrestres. Neste caso, vê-se que o mecanismo imaginativo é bem diferente do

caso anterior, inclusive porque esta moça era bastante inteligente, chegou a fazer um curso universitário de engenharia.

## **PERSONALIDADE ABÚLICA**

Isoladas por K. Schneider (ver Psicopatologia clínica. São Paulo: Mestre Jou), são pessoas sem resistência, sofrem influências de todo o mundo, alciáveis, cooptáveis, inconstantes.

## **PERSONALIDADE ASTÊNICA**

Também segundo Schneider, são pacientes que se queixam de vários sintomas mentais e corporais, sentem-se psiquicamente insuficientes (ao contrário dos abúlicos, que não se sentem assim, eles têm um problema de vontade, volição, mas não de estesia astênica). Podem se queixar de vários sintomas orgânicos e podem ficar um pouco obsessivos com estes, transformando-se num tipo de "personalidade somatizadora". De fato, este tipo de personalidade, ou de temperamento melhor seria, pode ser a base sobre a qual irá se acestar um futuro distúrbio de somatização.

## **DISTÚRBO DE PERSONALIDADE EVITATIVO**

Resumo descritivo: quer ter contato social, mas tem muita ansiedade social, timidez.

Um grande número de indivíduos passa a desenvolver sintomas depois de um distúrbio do eixo I, sobretudo de ansiedade, fobias, pânico. Por outro lado, indivíduos disposicionalmente ansiosos submetidos a fatores sociais e familiares desfavoráveis (pais fóbicos, padrões truculentos, por exemplo) passarão a fortalecer seu padrão de respostas evitativas. Vários transtornos psiquiátricos podem gerar uma organização de personalidade deste tipo: depressão, distúrbio de ansiedade generalizada, fobias, agorafobias, ou seja, condições em que o paciente vai ter dificuldade em se relacionar socialmente. É também importante saber separar este transtorno do transtorno esquizóide (neste último, o paciente não quer o contato social, ao passo que os evitativos o querem, mas têm grande dificuldade, e se sentem diminuídos e tristes por causa disso).

## **DISTÚRBO DE PERSONALIDADE DEPENDENTE**

Resumo descritivo: dependência excessiva dos outros para tudo.

Do mesmo modo que em relação ao caso precedente, indivíduos com ansiedade, depressão, passam a desenvolver um padrão de respostas dependente de personalidade. Por outro lado, pais superprotetores ou invasivos sobre a individualidade dos filhos podem criar o mesmo padrão, sobretudo em personalidades constitucionalmente astênicas. Pacientes com depressão, às vezes crônica e subdiagnosticada, podem desenvolver este padrão de personalidade.

## **DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE ESQUIZÓIDE**

Resumo descritivo: não gosta de contato social.

Do nosso ponto de vista, a maioria, senão todos os pacientes pertencentes a este grupo, poderia ser enquadrada como portadores da "psicopatia autística de Asperger", hoje sabidamente pertencente ao círculo dos distúrbios globais do desenvolvimento, provavelmente servindo como pólo de excelência no *continuum* de apresentação dos quadros autísticos. Muitos autores também notaram agregação familiar deste transtorno com a esquizofrenia, fazendo-se pensar que possam ser casos "brandos" ou não descompensados de esquizofrenia. No entanto, isto não quer dizer que todos os esquizóides sejam esquizofrênicos, pois há ao menos uma parcela que é temperamentalmente esquizóide. Quando este tipo de personalidade desenvolve algum tipo de transtorno de conduta, isto pode ser temível, gerando o que Schneider chama de "psicopatas frios de ânimo" (ver Mutrux, S. *Confrontations Psychiatriques*, 18:27, 1980).

### **Caso Clínico**

Marcos, 18 anos, é trazido para uma avaliação médico-legal por ter entrado na casa da vizinha e tentado estuprá-la. Era um garoto calado, calmo, pacífico, sem qualquer atividade delinqüencial até então. Quase não tinha amigos, quase não saía de casa, ficava muito só, pois a mãe trabalhava fora o dia todo. Na entrevista, Marcos não mostrava arrependimento pelo ato, nem condolências pelo estado mental e físico de sua vítima. Apesar de muito isolado, não manifestava nenhum interesse em se relacionar socialmente; tampouco manifestava ansiedade aparente (estes dois últimos são sintomas da personalidade evitativa). Provavelmente Marcos já tinha uma tendência temperamental para a esquizoidia, e este temperamento não foi combatido ou contrabalanceado por algum fator familiar, pois, sem pai e sem uma mãe presente que lhe prodigalizassem cuidados e socialização, Marcos cresceu isolado, frio, com um déficit de simpatia e de empatia. É, portanto, um caso de personalidade esquizóide. Mutrux (ver *Le psychopathe*. Paris: Rhodia, 1980) o chamaria "psicopata esquizóide", no qual não parece haver um componente esquizofrênico, como acontece frequentemente nestas personalidades (talvez numa frequência bem maior do que o tipo de esquizoidia apresentado neste caso).

## **DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE ESQUIZOTÍPICO**

Resumo descritivo: idéias bizarras, extravagantes (místicas, filosóficas, políticas, científicas etc.).

Do mesmo modo, pensamos que a grande parte, senão todos os pacientes deste grupo, pertence ao círculo das esquizofrenias, particularmente de sua forma mais simples. Pacientes com dificuldades relacionais também podem ter uma propensão aumentada para o transtorno. Por exemplo, mulheres sozinhas, pessoas com algum defeito físico, pessoas carentes afetivamente podem se aferrar a determinadas seitas ou crenças "bizarras", como uma maneira de "sair deste mundo tão cruel", ao mesmo tempo em que mantêm uma auto-estima adequada (por exemplo, uma paciente que tinha grave displasia e passou a crer que era um ser de outro planeta,

que não era da Terra, que neste planeta de onde seu espírito veio era uma pessoa muito importante).

## **DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE PARANÓIDE**

Resumo descritivo: acha que é perseguido, que falam mal dele, que é preterido, tem ciúmes excessivos, fazem "coisas" contra ele.

Na psicopatologia da paranóia "psicogênica", fator fundamental é a auto-referência, a preocupação do que "falam dele", do que "acham dele", que o observam muito, que não lhe dão o devido lugar ou valor etc. No entanto, ao contrário do narcisista que, provavelmente compartilha dos mesmos sentimentos e cognições disfuncionais, os pacientes paranóides não têm as características "estênicas" (agressivos, reivindicadores, ativos, ressentidos) dos narcisistas que os levam à luta pelo poder e pelo lugar que julgam como tendo o direito de merecedores. Pelo contrário, sua "astenia" os faz receptáculos de uma ruminação mórbida que, muitas vezes, e em ocasiões especiais de estresse, rompe com a normalidade do raciocínio lógico instaurando algumas modalidades de delírio. O papel dos pais parece ser importante no "incutimento" deste modo disfuncional de pensar, mas, muito provavelmente, só fatores familiares e sociais dão conta de toda a etiologia do distúrbio. Alguns fatores familiares podem estar envolvidos. Certa vez, atendemos toda uma família de irmãs paranóides (grande parte com reações deliróides de ciúme), condição provavelmente induzida pela mãe que tinha um ciúme mórbido do marido e passava isso constantemente para as filhas (dizia que o marido tinha outra família, que já o haviam visto com outros filhos, que poderia ser homossexual, que poderia ser um perverso sexual etc.).

Outro fator que pode predispor às cognições paranóides é a obsessividade e a ansiedade. Indivíduos obsessivos podem se preocupar muito, e os ansiosos podem, por temor do que irá acontecer (ansiedade antecipatória), desenvolver também cognições obsessivas. Estas, por sua vez, em momentos de estresse, podem degenerar em cognições paranóides (um de nossos pacientes, por exemplo, obcecado com algumas desfeitas que lhe haviam feito os sogros, passou a pensar tanto nisso que logo a raiva se transformou, por projeção, em medo de lhe fazerem mal, de matá-lo etc.).

No diagnóstico da personalidade paranóide é importante de diferenciá-la de:

(1) Alterações delirantes de causa cerebral, sendo a esquizofrenia a mais importante dentre elas (sobretudo em suas formas pauci-sintomáticas). Mas há vários elementos de diferenciação:

a) na personalidade paranóide há uma história de uma mãe muito desconfiada, crítica, amarga, rejeitante, rígida, fantasista, fanática (e que, portanto, vai passar estes valores para os filhos);

b) as interpretações na personalidade paranóide não são bizarras, não envolvem coisas totalmente inverossímeis como, por exemplo, "uma máquina que controla o pensamento", "uma pessoa que entrou no meu corpo e domina meu cérebro, me obriga a fazer coisas, faz meu braço mexer, me faz gritar ou falar etc.";

c) não há alucinações;

d) o paciente mantém o controle de seu eu e das atividades do eu;



e) as crenças não são totalmente inabaláveis, como no delírio franco. O paciente, por exemplo, pode dizer "eu acho", "eu tenho quase certeza" ou mesmo "eu tenho certeza", uma vez que estas fórmulas, mesmo as afirmativas, demonstram ou uma dubiedade inicial ou a valoração da inverossimilhança da afirmação para o ouvinte; "sentindo" que, para o outro, pode haver dúvida ou desconfiança, a personalidade paranóide irá usar destas fórmulas ou "carregar no discurso", ao passo que o delirante está tranqüilo quanto à verossimilhança de seu delírio e não usa nenhuma destas fórmulas (no máximo chega a dizer, quando interpelado: "Você já sabe do que eu falo", "Não precisa nem falar", "Você já ficou sabendo", "Já te contaram");

f) caso haja bizarrices (máquinas, aliens, monstros, controles internos do corpo ou da mente), alucinações, convicções ferrenhas, e crenças "atuadas" (agressão, fugas, armas, esconderijos etc.), é necessário procurar, então, uma causa orgânica como, por exemplo, esquizofrenia, lesão vascular ou traumática, epilepsia etc.

(2) Pacientes com depressão, que tenham uma personalidade predisposta, do tipo paranóide, podem simular verdadeiras psicoses paranóides, ou podem desenvolver uma "obsessão paranóide" (um de nossos pacientes, por exemplo, obsessivo, mas isolado, sem parentes, amigos etc., passou a nutrir ódio pelos sogros por motivos familiares e começou a projetar este ódio, como se os sogros quisessem fazer algum mal a ele, matá-lo).

(3) Pacientes com lesão cerebral, sobretudo temporal, podem ser irritados, desconfiados, com menos valia e dificuldades cognitivas para entender as balizas do comportamento social dos outros, e, em cima disto, podem desenvolver uma personalidade paranóide.

(4) Pessoas muito isoladas, tímidas, com algum defeito, alguma dificuldade física ou emocional podem desenvolver algum tipo de relação paranóide com as outras pessoas, projetando seus desejos mais recônditos sobre elas, já que não têm com quem compartilhar. A situação típica deste exemplo é o delírio de amor (erotomania) das solteironas, bem descrito por Clérambault e Kretschmer.

## **DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE OBSESSIVA (ANANCÁSTICA, COMPULSIVA)**

Resumo descritivo: preocupações e atitudes de controle, ordem, rigidez, limpeza.

Rigidez intelectual ou tentativa de controlar tudo, inclusive as emoções por meio da razão, pode ser um mecanismo apreendido de resposta em função de um padrão de exigências elevado dos pais. É provável que fatores disposicionais tenham também importância não desprezível. Pacientes com personalidade obsessiva têm uma predisposição maior para desenvolver transtornos de ansiedade, hipocondria, distúrbios de imagem corporal e alimentação (anorexia, bulimia), dismorfofobia (achar que alguma parte do corpo é defeituosa, mal-formada e preocupar-se excessivamente com isso), depressão, ataques de pânico e, como dito no item precedente, até reações paranóides.

## **DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE PASSIVO-AGRESSIVO**

Resumo descritivo: indivíduos que se ressentem facilmente, sensíveis, sentem que são desvalorizados, mas que "atacam pelas costas", demonstrando, pela frente, uma aparente passividade.

Indivíduos com um padrão de respostas constitucionais do tipo conformista sobre um temperamento estênico, não-fleumático, crescido de um ambiente social-familiar massacrante, podem gerar um grupo de condutas aparentemente conformado, mas subrepticiamente revoltado, ou seja, conformado "à força". Grande parte das pessoas realiza em maior ou menor grau tais atitudes, sem que, portanto, possamos considerar esses comportamentos como patológicos. É possível que apenas situações extremamente massacrantes ou conformados extremamente irrequietos possam condicionar quadros clínicos de "esgotamento" depressivo - símile ou explosividade que digam respeito à gravidade da psicopatologia subjacente.

## **PERSONALIDADE SÁDICA**

### **Caso Clínico: "Médicos, Satânicos e Sádicos"**

Em Goiás, Bela Vista, um dos dois médicos acusados de mutilar os genitais e matar crianças (em número de quase uma dezena) no Pará clinicava normalmente, receitava "garrafadas", "dava" passes *in loco* e por telepatia, indicava cirurgias desnecessárias, inclusive de períneo para uma virgem. Como é incrível nosso país: 1) Em primeiro lugar, como alguém acusado com provas fortes de crimes tão graves anda assim à larga pelo país? 2) Em segundo lugar, como é que exerce a Medicina, como se nada tivesse acontecido? 3) Instala-se confortavelmente em uma cidade, abre uma clínica com o próprio nome escrito em letras garrafais, do tipo "eu não tenho nada para esconder". 4) As autoridades e a população, vendo erros e bizarrices incríveis, simplesmente se limitam a demiti-lo dos empregos, sem uma palavra de indignação, denúncia ou investigação. 5) Os órgãos de registro médico "competentes" fornecem relatórios de "nada consta" sobre um caso deste, que foi amplamente noticiado nacionalmente: a Secretaria da Saúde de que o empregou resume assim: "Pesquisamos se havia algo errado com seu nome, e, como as autoridades negaram, contratamo-lo" (só esqueceram de avisar estas mesmas autoridades das bizarrices e absurdos médicos que o protagonista cometia). É todo um misto de descaso pela população, ignorância, preguiça, indolência, coisa, aliás, que permeia toda nossa vida individual e institucional no Brasil. O resultado é que temos dois médicos, entre outras pessoas, acusados de mutilação cirúrgica e morte para fins satânicos exercendo "normalmente" a Medicina no território nacional. Como temos levantado, no decorrer deste livro, pensamos que há sérios problemas com a Psicologia Médica jurídica no Brasil. As associações, os sindicatos e, sobretudo, os Conselhos de Medicina deveriam ter, obrigatoriamente, comitês de Psicologia Médica para educar, formar, informar, normatizar e rastrear casos tão ou menos graves do que esses, atuando preventivamente e terapeuticamente, pois, como se viu, eram do conhecimento de muitos médicos as atrocidades cometidas pelos colegas (disseram apenas: "Não tínhamos a quem recorrer").

Mas o que é que leva pessoas aparentemente instruídas, até ricas (como alguns membros da "seita"), a fazer este tipo de monstruosidade (no caso, matar, mutilar, castrar, crianças para utilizar seus genitais em rituais macabros)? São loucos? Do ponto de vista médico, psiquiátrico, provavelmente não: a) loucos violentos cometem crimes desorganizados; b) seu próprio comportamento é desorganizado; c) são impulsivos; d) não escondem provas; e) não levam vida funcional; f) cometem crimes sem motivação clara ou sistemática, g) cometem crimes isolados e não seriais ou sistemáticos como estes rituais; h) sua agressividade é difusa e não controlada, escondida ou bem estudada. No entanto, não poderíamos dizer que estes satânicos sejam pessoas "normais". De fato, psicologicamente, são perturbados, ou seja, fogem das estatísticas das pessoas normais, são estatisticamente desviantes, apesar de não terem doença do ponto de vista "cerebral". Os rituais executados são verdadeiros procedimentos cirúrgicos, com toda carga de sadismo e erotismo possível (é notório o gosto de sádicos por sangue, sexo, erotismo violento, e muitos médicos, emocionalmente perturbados, auferem gosto nos procedimentos cirúrgicos por este motivo). Um procedimento cirúrgico é algo frio, racional, exerce-se uma verdadeira perversão no instinto amoroso do ser humano: que é contra a agressão, o sangue, a mutilação. O médico exerce isso de modo controlado, mas o controle não se dá por via racional, mas sim pela moral e pelo equilíbrio emocional. Já estes médicos-satânicos são pessoas com uma carga de instintos sexuais e agressivos totalmente descontrolados, apesar de um verniz universitário. Personalidades emocionalmente primitivas, ligadas apenas ao primitivismo do desejo, do prazer, das necessidades imediatas. Suas crenças esdrúxulas em satanismo, rituais grosseiros, simbologia, ufologia, sacrifícios, paramentamentos ridículos fazem pressupor que seu conhecimento médico é quase que uma prática de açougue, ou seja, sem nenhum refinamento intelectual (pode haver intelectuais sádicos, é claro, mas não se prestariam a um primitivismo ritualístico destes). Estão em período pré-tribal, e isto não é muito escandaloso para quem frequenta uma universidade brasileira. Também devem ter tido sérias distorções afetivas na infância, ou com excesso de mimos ("eu posso tudo, tudo pode ser feito para me servir, para realizar meus desejos vale qualquer sacrifício, até o assassinato e a mutilação"), ou com grandes carências afetivas ("o mundo é uma m..."). Acho mais plausível a primeira hipótese, pois, como aconteceu com Hitler, crianças mimadas demais pela mãe, avós etc, que não passaram pela "castração" do Pai, pela Lei, pelo Nome-do-Pai presente dentro de casa, cometem atrocidades sobre os outros para alimentar o narcisismo. Já os carenciados, os "sem-mãe", têm um comportamento muito mais desorganizado, "porra-louca", necessitados de afeto, ávidos de carinho, sôfregos pela valorização e dedicação do Outro. Portanto, esta patologia satânica é, literalmente, derivada da falta do Pai, não só do Deus-Pai (que eles recusam remetendo-se a Satã), mas também da falta de um pai que os separasse da Mãe e os fizessem vê-la como uma Pessoa Total e não apenas como um apêndice narcísico feito para satisfazer seus desejos incontidos e sua fuga da frustração.

## **DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE MASOQUISTA**

Resumo descritivo: prazer em sofrer desagrado.

Pode estar relacionado a fatores psicodinâmicos familiares: por exemplo, uma filha cria-

da com um pai violento, mas de quem ela gostava muito ou era muito dependente. No futuro, ela pode tender a repetir este mesmo padrão de relacionamentos e procurar homens do mesmo tipo. Há também um fator a ser explicado pela Psicologia Evolutiva (ver A mente seletiva, Editora Objetiva): no decorrer de nossa evolução filogenética, a fêmea animal passou a identificar no macho forte, bruto, agressivo, alguém que lhe poderia transmitir bons genes (genes para uma prole forte, que poderia se defender, robusta); daí o interesse em se acasalar com este tipo de macho.

## **DISTÚRBIO DE PERSONALIDADE DO TIPO FANÁTICO**

Resumo descritivo: fanatismo político, religioso, científico etc.

Nestes últimos anos houve muitas mortes por suicídio entre indivíduos que acreditavam estar próximo o fim do mundo. Podemos citar Jim Jones, nas Guianas, com centenas de mortos; a seita dos davidianos de Waco, EUA, com aproximadamente 80 mortos; a seita do templo solar, no Canadá, França e Suíça, com quase vinte mortos; a seita dos "intergaláticos", na Filadélfia, EUA, com dezenas de mortos por ingestão de barbitúricos, a partir da crença de que um cometa se aproximava da Terra, iria destruí-la e levar junto consigo as almas purificadas, mortas por antecipação, dos "adoradores espaciais".

Nesta transição do milênio, é provável que fatos semelhantes, do ponto de vista psicopatológico, aconteçam. Em Israel, os psiquiatras notaram um aumento enorme da "Síndrome de Jerusalém", uma condição em que os peregrinos entram em surto psicótico, julgando serem personalidades bíblicas, apocalípticas e saindo às ruas pregando o arrependimento face ao fim do mundo que se aproxima.

Note-se que, pela localização geográfica de onde tais fatos ocorreram, isto independe do nível cultural da população, já que tudo o que foi citado aconteceu em países bem mais esclarecidos intelectualmente do que a média. Aqui se toca, então, em algo que independe de instrução acadêmica: o fanatismo.

O fanatismo pode ocorrer em várias circunstâncias psico(pato)lógicas:

1) O fanatismo tipo "passivo": acontece com pessoas dóceis, mas carentes afetivamente (falta de amor dos pais, por exemplo). Esta carência as faz vítimas fáceis de grupos ou de ideologias que lhe fornecem o calor afetivo ou ideológico de que precisam para se fortalecer e não morrer por segura de amor.

2) O fanatismo tipo "ativo": são pessoas igualmente carenciadas afetivamente, mas que têm um temperamento mais ativo, o que as faz líderes. Aferram-se às suas crenças como algo que possa preencher suas atividades e sua vida interior, já que, por serem muito ativos e ansiosos, estariam entediados ou angustiados sem algo "forte" com o que pudessem se ocupar.

3) O fanatismo como defesa: muitas pessoas se tornam ideologicamente fanáticas para encobrir alguma perversão ou carência instintiva de que são portadoras. Por exemplo, indivíduos de estatura muito baixa, ou que se julgam muito feios, ou tímidos, ou tendo alguma dificuldade sexual (carências, inversões, excessos), ou com algum defeito físico etc. podem se tornar "religiosos" de alguma crença (religiosa mesmo, mas também política, ideológica) para suprir, com-

pensar ou suprimir tais deficiências ou dificuldades. Daí se observar, por exemplo, o grande número de religiosos (da igreja católica, por exemplo) que acabam manifestando pedofilia ou homossexualismo, ou também o grande número de mulheres insatisfeitas no amor que acabam se tornando fanáticas ou seguidoras de determinada seita ou guru.

4) O fanatismo megalomaníaco: são indivíduos, dos quais o protótipo maior foi Hitler, que se julgam detentores de um saber ou de uma força sobre-humana, e que, por isso, têm como "missão" guiar os mais fracos com suas idéias. São pessoas inflexíveis em suas convicções e que se têm em muito mais alta conta do que os simples mortais; acham-se infalíveis, quase perfeitos, e não admitem que tenham falhas. A vontade de poder é enorme, o narcisismo extremado, o que pode gerar atitudes agressivas e inconseqüentes (grande número de líderes de seitas apocalípticas também se enquadram neste perfil). Este tipo de personalidade pode ser inato ou, o que é mais comum, ser o fruto de muita agressividade, negligência ou humilhação durante a infância ou adolescência.

5) Os fanatismos por alteração cerebral: doenças como esquizofrenia, paranóia, epilepsia, em que são constatadas lesões cerebrais, podem levar a crenças anormais, muitas do tipo fanático. Assim, por exemplo, um paciente que tenha uma lesão cerebral na região temporal direita, pode ter sensações corporais ou psíquicas anômalas (produzidas pela lesão) e interpretar estes sintomas como sendo um "sinal dos tempos" ou algum signo esotérico, cabalístico, astral, espiritual etc. Pacientes em exaltação patológica do humor, por exemplo, uma doença conhecida em psiquiatria por "mania", podem se exaltar a ponto de se julgarem como um profeta, um enviado, um predestinado. Muitos destes indivíduos se aproximam de crenças, religiões, sistemas filosóficos ou seitas, já que sentem que há algo que os atrai, motivados por seu misticismo patológico. É assim que aquela antiga crença de que a "religião produz loucos" é incorreta em seus fundamentos: na verdade, são os anormais psicológicos que buscam, mais fanaticamente do que os outros, os fundamentos rígidos de uma crença a que se aferrar fanaticamente. Desta forma, muitos acometidos pela "Síndrome de Jerusalém", por exemplo, acabaram por ser identificados como indivíduos problemáticos psiquiatricamente que, por isso mesmo, procuraram e procuram peregrinações a estes locais santos no fim do século, já predispostos às crenças alucinatórias ou delirantes de que algo "diferente" ocorrerá.

Portanto, por trás destas seitas do fim-do-mundo é muito comum se encontrarem tais tipos de personalidade, desde os passivos até os megalomaníacos. Tal fenômeno psicológico pode ser também catalizado por fatos sociais, tais como o fim do milênio, pobreza ou isolamento social, condições anormais de vida (perseguição política, guerras ou pós-guerra, morte ou separação de entes queridos, ou seja, qualquer condição social que possa romper o frágil equilíbrio psíquico destas pessoas). Um fermento perfeito e inevitável para estas crenças é a passagem do milênio que se aproxima, e não é incomum se ouvir em qualquer lugar, geralmente partindo de pessoas fanatizadas ou menos esclarecidas, que "a mil chegará, mas de dois mil não passará". No entanto, a maioria das pessoas que dizem isto, apesar desta crença vaga, não a adotará incondicionalmente, nem viverá só para esta perspectiva: são pessoas que, apesar da ignorância, têm bons elementos de saúde mental. São pessoas que nunca disporão de suas vidas, famílias ou bens para se entregar ao absurdo absoluto que tais crenças sugerem. Para que isso aconteça, é

necessário que a pessoa tenha alguma fragilidade de personalidade como uma daquelas que foram relatadas acima.

## **CASO CLÍNICO ILUSTRATIVO DO DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE**

Mara, com 18 anos de idade, estudante, é trazida pelo pai por causa de crises freqüentes e graves de agressividade drástica ("quebra tudo") e repetidas tentativas de suicídio quando abandonada por namorados. Faz uso esporádico de bebidas alcóolicas, mas isso não lhe traz problemas de comportamento sério, pois não fica muito embriagada. Tem grande dificuldade em aceitar um "não", seja relativo a grandes ou pequenas coisas: ganhar ou comprar um CD. A mãe de Mara é uma empresária ocupadíssima, e o pai deixou a família por uma amante quando a paciente tinha sete anos de idade. Nesta separação, Mara ficou "de cama" por uns três meses, chorando muito porque era muito ligada ao pai, que é juiz de Direito.

Mara foi cercada de enormes facilidades materiais porque os pais, para compensar o abandono afetivo da filha, a cobriam de presentes. Mara diz que sentia uma "enorme angústia" quando chegava em casa e não encontrava mãe nem pai. O quadro clínico faz pensar em um transtorno de personalidade borderline, mas a paciente não preenche todos os critérios do transtorno, nem seu quadro clínico tem a gravidade que se vê em pacientes borderlines completos (problemas de identidade, transtornos severos e contínuos do comportamento, automutilação, abuso de drogas, atitudes dissociadas, fugas, enorme e contínua angústia etc.).

Por outro lado, Mara não se enquadra em nenhum outro transtorno de personalidade.

1) Transtorno de personalidade: Ela não tem características narcísicas, apesar de não poder ser frustrada. Ela não se acha melhor do que os outros, não acha que merece mais que as outras pessoas, não acha que tenha pouco em relação ao que mereceria ter etc.

2) Personalidade histriônica: Ela não tenta seduzir, não se veste de modo provocante etc.

3) Personalidade dependente: Pacientes com este tipo de personalidade patológica tendem a ser tímidos, evitativos, hipotímicos, mas muito apegados amorosamente aos seus parceiros. Já Mara não é tímida e não aceita o abandono não por causa de amor, mas porque não consegue aceitar o fato de não ter aquilo que quer. Não é a falta de amor do outro que a incomoda no abandono, mas sim o vazio de não ter seus desejos satisfeitos. Em termos psicanalíticos, ela não chega a estabelecer uma "relação objetal total" com seus parceiros, mas os tem apenas como apêndices abjetais, "objetos parciais" para encobrir sua voluntariedade ferida.

4) Personalidade depressiva: Apesar de ter momentos de desespero quando não tem o que quer, seu padrão de humor basal não é depressivo. Se ela tem um descontrole emocional, este se caracteriza pela explosividade e sofreguidão.

5) Personalidade ansiosa: O temperamento de base de Mara não é ansioso. Esta ansiedade só aparece em momentos de insatisfação ou quando está prestes a satisfazer seus desejos. No entanto, se são pouco propensas à heteroagressividade, estas mulheres são muito propensas à auto-agressividade em forma de mutilação ou suicídio.

6) Personalidade opositiva-desafiante: Mara não se enquadra nesta rubrica porque ela

não é o tempo todo opositiva (é, pelo contrário, até simpática). Mas, de qualquer forma, não faz parte do núcleo de sua personalidade ser opositiva.

7) Personalidade passivo-agressiva: São pessoas aparentemente passivas, mas que guardam um grande rancor e "atacam por trás". Não parece ser o caso de Mara que, pelo contrário, manifesta muito claramente seus desgostos e não os protela (deixa para atacar depois). Uma vez "desabafada", Mara pode voltar a ter bons sentimentos em um certo espaço de tempo.

Parece que do ponto de vista psicopatológico não há dúvidas de que ela se aproxima de uma "estrutura borderline", mas do ponto de vista clínico está longe de ter a gravidade apresentada por estas pacientes. Qual seria, então, a diferença entre as duas condições no plano psicodinâmico? Penso que o excesso de solitudes materiais não deixava a "falta fundamental de relações objetais" se manifestar. Os presentes e os caprichos transpunham a angústia da solidão afetiva logo de saída. Não havia tempo da angústia emergir, aparecer e "fazer seu estrago", como acontece na gênese das estruturas borderlines. Nestas, não há nada, nem bens materiais que estejam lá para disfarçar ou impedir a manifestação da angústia; não há nada... Assim, como a criança tem seu ursinho de pelúcia (objeto transicional substitutivo do amor), Mara teve seus presentes (seus "ursinhos de pelúcia") que, mal-e-mal, eram melhores do que nada.

O problema é que estes eternos "ursinhos" criam um reflexo condicionado de fazer a paciente querer mais e mais, sempre mais, pois a única coisa que verdadeiramente preenche um ser humano normal é um outro ser humano. Não houve nada na evolução psicológica de Mara que pudesse fazer frente à sua onipotência infantil, o que fez dela, hoje, uma personalidade transtornada por seu próprio voluntarismo. É por isso que, do ponto de vista clínico-descritivo, talvez se pudesse denominar estes transtornos psicológicos de distúrbio de personalidade voluntariosa. Em outro capítulo (sobre o transtorno de imaturidade afetiva) discutimos os casos de pacientes masculinos que apresentavam uma dinâmica mais ou menos semelhante. No caso destes pacientes, este excesso de solicitude das mães e vinculação simbiótica com elas gerou problemas de identificação sexual com a figura masculina, fazendo destas crianças pacientes de risco para o desenvolvimento futuro de uma orientação homossexual. Estes pacientes nunca eram barrados em suas solicitações, o que gerou, em longo prazo, uma capacidade para suportar e trabalhar bem com a impaciência, o tédio, o vazio. Preenchiam este vazio comendo, o que os fez também patologicamente obesos, já na vida adulta; quando ombreados e desafiados por obstáculos intransponíveis, passaram a atacar de modo persecutório e paranóico quem não satisfazia os seus desejos, tornaram-se verdadeiros paranóicos reivindicadores-passionais-querelantes.

Nossa paciente Mara assim como as pacientes femininas com esta dinâmica também estão sob o risco de desenvolver este tipo de patologia querelante-passional, e de fato o fazem, transformando-se em erotomaníacas (acham que alguns homens estão "a fim" delas e passam a persegui-los implacavelmente). Esta evolução é paranóica e menos comum nas mulheres porque elas têm uma agressividade biológica de base menor que a dos homens (cf. H. Robrins, *O macho demoníaco*, Rosa dos Ventos, 1998). No entanto, se são pouco propensas à heteroagressividade, estas mulheres são muito propensas à auto-agressividade em forma de mutilação ou suicídio.

## ABORDAGEM CRÍTICA DAS EXPLICAÇÕES PARA OS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Resumidamente, poderíamos citar as seguintes teorias etiopatogênicas para os transtornos de personalidade: a psicanalítica; as teorias genético-constitucionais; as teorias de patologia mental; as teorias cognitivo-comportamentais. A compreensão destas teorias não é sem importância para o manejo prático destes pacientes, como veremos abaixo, pois muito dos conceitos lá utilizados serão lapidados aqui. Passamos, a seguir, a fazer uma rápida avaliação crítica de cada uma:

A teoria psicanalítica dos transtornos de personalidade parece gozar ainda de grande prestígio entre vários teóricos. Um excelente estudo pode ser encontrado no livro de J. Bergeret (As personalidades normais e patológicas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991). Durante décadas, esta foi praticamente a única teoria disponível para a compreensão dos transtornos da personalidade, não obstante padecer de sérios problemas explicativos, como por exemplo: (a) É uma teoria exclusivista (aliás, como as outras também o são), eliminando sumariamente e por princípio todas as outras fontes explicativas. (b) Assim sendo, não leva em conta fatores biológicos, como genética e temperamento, de fundamental importância para a compreensão destes transtornos. (c) Uma explicação pan-sexualista de tudo. (d) O engolfamento dos teóricos dentro de um arcabouço teórico, hermético, que se auto-engendra e se auto-explica (uma crítica metodológica de K. Popper), que muitas vezes chega ao surrealismo, ou como diria Piaget, à simples contrução especulativa pseudológica de pensamentos sobre pensamentos, completamente desvinculados da concretude clínica real. (e) Utiliza como instrumentos explicativos apenas os fatores psicológicos-relacionais (geralmente precoces ou até precocíssimos, como a escola de M. Klein), escamoteando completamente os elementos de ancoragem biológica.

Poderíamos simplificar estas constatações como se segue. A psicanálise ignora um dado essencial na gênese dos transtornos de personalidade: o temperamento, entendido como uma disposição genética para reagir comportamentalmente e cognitivamente de determinada maneira. A disposição biológica é fundamental na construção da personalidade (ao lado, evidentemente, de fatores relacionais, sobretudo infantis e da influência sociocultural). Como dizia Wallon (ver As origens do caráter na criança. Rio de Janeiro: Difel, 1971), é sobre o equipamento biológico temperamental básico que se constroem as relações. Por exemplo, uma mãe reagirá diferentemente caso seu bebê seja calmo ou agitado, conforme demonstraram estupidamente bem os trabalhos da escola pedo-psiquiátrica de Nova Iorque (S. Chess e A. Thomas). A maneira como a criança organiza seu tono e sua maneira disposicional de reagir cognitivamente aos estímulos são fundamentais na organização de seu temperamento e, conseqüentemente, de sua personalidade (só para recapitular, temperamento diz respeito à modalidade reativo-cognitiva biológica básica. Caráter, diz respeito a regras morais e modalidades inter-relacionais aprendidas ou metabolizadas pelo temperamento em contato com o *socius*. Já a personalidade, esquemática e muito simplificada, diz respeito a estas duas instâncias: temperamento e caráter, sendo, portanto, o somatório de todas estas influências se manifestando nos comportamentos do indivíduo).

Chess e Thomas e sua escola estudaram o temperamento de várias dezenas de bebês até a



fase adulta e viram que, já no berçário, manifestavam determinado modo de reagir, de solicitar o ambiente. Este padrão, rigorosamente mensurado, perdurou até a fase adulta, atestando, assim, sua profunda ancoragem biológica. Como, então, desconsiderar isso, como o faz a Psicanálise, quando aborda os problemas da personalidade sob um prisma puramente psicogênico, relacional? Insisto nesta crítica capital, pois só ela bastaria para desmoronar todo seu arcabouço teórico.

Por outro lado, teorias genético-constitucionais puras incorrem no erro oposto: desprezo pelos fatores relacionais. O erro é ainda mais grave quando se sabe, como pesquisas de hoje têm demonstrado, que interações psicológicas precoces têm uma influência direta sobre a anatomia e a fisiologia cerebral, podendo, inclusive, levar à lesão de determinadas estruturas cerebrais (como, por exemplo, lesões hipocâmpais em crianças submetidas a muito estresse). Ou seja, nas fases precoces do desenvolvimento, influências psicológicas e equipamento biológico se amalgamam de modo indistinto. Kretschmer é muito criticado por ter, segundo seus críticos, seguido este caminho. Isto é um grande erro de interpretação. Kretschmer pode ter cometido alguns excessos ao ligar temperamento e compleição física, mas era muito atento aos fatores psicológicos intervenientes na formação da personalidade. Para constatar isto, basta apenas aprofundar um pouco mais em seu pensamento, lendo, por exemplo, seu livro sobre os Delírios sensitivos paranóides (tradução para o espanhol, Editorial Labor, 1968). Neste livro Kretschmer demonstra todo o seu gênio, articulando magistralmente temperamento e influências psico-sociais para a estruturação da personalidade.

Na "teoria da patologia mental", os autores advogam que, entre um distúrbio de personalidade e uma doença mental (personalidade esquizóide, por exemplo, e esquizofrenia), haveria um *continuum* e não separação. Kretschmer também foi um defensor dessa hipótese que, como as outras, tem prós e contras. De fato, esta teoria tem uma pertinência relativa, por vários motivos.

a) Muitos pacientes, tidos como portadores de uma personalidade patológica (personalopatas), são, na verdade, portadores de uma doença mental, evoluindo com poucos sintomas ou a "baixo-barulho".

b) Pacientes com esquizofrenias silenciosas, por exemplo, podem ser tomados como personalopatas do tipo: esquizóide (retraídos, não gostam de contato), esquizotípicos (idéias bizarras), paranóides (preocupação com perseguições), borderlines (comportamento desorganizado, agitado, tentativas de suicídio, toxicomanias), obsessivos (preocupações excessivas sobre determinados temas como, por exemplo, doenças, místicos, sexuais, filosóficos, políticos etc.) e, até mesmo, anti-sociais (brigas, fugas, errância, vagabundagem, mendigagem, apragmatismo, problemas relacionais).

c) Pacientes com autismo do tipo Asperger (forma branda da doença) podem ser tidos como: esquizóides (retraídos), obsessivos (preocupações exclusivistas com determinados temas), esquizotípicos.

d) Pacientes hiperativos são facilmente confundidos com anti-sociais (agitados, instáveis profissional, afetiva e academicamente, toxicômanos, em busca de novidades o tempo todo, não aprendem com o erro, relações superficiais), borderlines (comportamento desorganizado, suicídio, impulsividade), ciclotímicos (exaltação do elan vital, humor aumentado, logorréia, mudança

constante e rápida de emprego, namorada, cidade etc.). Do nosso ponto de vista, a maioria esmagadora de anti-sociais se encontra sob o efeito de uma hiperatividade determinante.

e) Pacientes com mania, hipomania, distúrbio afetivo bipolar tipo II são doentes afetivos cuja doença pode passar despercebida, manifestando-se só como um transtorno de personalidade. Por exemplo, uma quantidade enorme, e muito negligenciada, de personalopatas borderlines são, na verdade, bipolares mal diagnosticados.

f) Pacientes com depressão podem manifestar uma série de alterações de personalidade do tipo: personalidade depressiva (que, na verdade, em muitos dos casos, é uma depressão antiga e cronicada); personalidade evitativa (quer o contato social, mas não consegue estar "no meio de gente"); personalidade dependente (o deprimido se sente frágil, vulnerável, incapaz de se virar sozinho, donde a dependência); personalidade obsessiva, pois o depressivo, muito comumente, tem idéias prevalentes, "fixas".

g) Pacientes com distúrbios obsessivo-compulsivos brandos em remissão, ou evoluindo "a baixo-barulho", podem mimetizar um transtorno de personalidade: obsessivo, esquizóide, narcísico (preocupado demais com os próprios problemas), evitativo (ansiedade geral e social) e até paranoide (quando, por exemplo, muito preocupado com determinadas coisas, passa a projetar tais preocupações no exterior, tornando-se, assim, persecutório, paranóide).

h) Pacientes com doença do pânico podem mimetizar ou manifestar uma personalopatia: evitativa, dependente, depressiva.

O interesse desta hipótese patogênica do *continuum* entre doença e personalidade é muito importante, sobretudo em relação à grande dificuldade que se tem, muitas das vezes, em diferenciar o que é devido ao temperamento e o que é devido a uma doença antiga e crônica. Em muitos casos, diante desse impasse, opta-se por tratar a personalopatia como um pólo mais brando de determinada doença, e obtêm-se, assim, bons resultados, talvez corroborando a hipótese de que, na verdade, se trate, realmente, de uma doença camuflada (ou "síndromes silenciosas", como preferem os psiquiatras americanos).

Finalmente, podemos analisar a última hipótese, a teoria cognitivo-comportamental dos transtornos de personalidade. Para sermos mais exatos, a separaremos em duas: uma teoria comportamental e outra cognitiva. A teoria comportamental interpreta a personalidade como o resultado de um complexo estímulo-resposta, ou seja, baseia-se nas interações reativas entre organismo e meio. Como já vimos, de fato, este elemento é fundamental na determinação da personalidade, mas não é o único, e talvez não seja o determinante na gênese da personalopatia. O grande problema desta teoria, assim como para a Psicanálise, é a ignorância ou o desprezo pelos fatores biológicos nas personalopatias (temperamento e *continuum* doença-personalidade). Outro problema da teoria comportamental das personalopatias é o desprezo do behaviorismo pelo mundo mentalizado (com seus conflitos e dinâmica própria). A valorização deste último é, aliás, um dos grandes méritos da teoria psicanalítica dos transtornos da personalidade.

Já a teoria cognitiva das personalopatias levanta outra ordem de problema: considera que as cognições (e não os afetos ou o temperamento) são os determinantes na estruturação da personalidade (para aprofundamento, ver A. Beck e A. Friedmann, Tratamento cognitivo dos transtornos da personalidade, Editora Artmed). Talvez, para fazer jus à sua modalidade de tratamento

(que é puramente cognitiva), esta teoria tenha de erigir um modelo etiológico compatível. No entanto, o escamoteamento é claro e lamentável, além de facilmente questionado, pois, desde Spinoza (ver sua *Ética*) até os modernos trabalhos de Wallon (*As origens do caráter na criança*), sabe-se da precessão dos afetos e dos temperamentos em relação às cognições.

## Referências bibliográficas

---

- Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatria Infantil. Rio de Janeiro: Masson; 1984.
- Akiskal HS. Anxiety: definition, relationships to depression and purposal for na integrative model. In: Tuma AH, Maser J.D. Anxiety and anxiety disorders. Erlbaum: Hillsdale; 1985.
- Akiskal HS, Akiskal K. Cyclothymic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. In: Review of psychiatry. Washington: APA; 1992. Vol. 11.
- Alnaes R, Torgersen S. The relationship between DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an out population. Acta Psychiatr Scand 1988, 78:485-92.
- Alonso-Fernandez F. La forma pseudopsicopática de la hipomania. Actas Luso-Esp Neuro-Psiquiat 1961, 20:11.
- APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3. ed. (DSM-III R). Washington: APA; 1987.
- APA - American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de desordens mentais. 3.ed. (DSM-III R). São Paulo: Manole; 1990.
- APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. ed. (DSM-IV). Washington: APA; 1994.
- APA - American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de desordens mentais. 4.ed. (DSM-III R). Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- Banzato CEM. Depressão e filicídio. J Bras Psiquiat 1990, 39(6):301-6.
- Beck A, Freeman A. Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Bell AP, Weinberg MS. Homosexualities: a study of diversity among men and women. London: Mithchell Beazley; 1978.
- Caixeta, M. Critics to current concepts on personality disorders: moral or medicine? (Material não publicado). 1996.
- Caixeta M. et al. Heterosexual latent homossexual couples. Psychopathol Bull 1997, 1:90 -110.
- Cloninger CR, Dragan M, Svrakic M. A psychobiological model of temperament and character. Arch Genet Psychiat 1993, 50:975-90.
- Cooper A. Descriptive and dynamic psychiatry: a perspective on DSM-III. Am J Psychiat 1981, 138:1198-202.
- Denford J. Transference and countertransference. Curr Opin Psychiat 1992, 5:385-90.
- Diatkine G. Les psychopathies chez l'adolescent. In: Lebovici (ed.). Traité de psychiatrie de l'enfant e de l'adolescent. Paris: PUF; 1985.

- Ey H. La psychogenese des nevroses et psychoses. Paris: Descleé et Brower; 1950.
- Ey H. L'études psychiatriques I. Paris: Descleé et Brower, 1950.
- Ey H. Études psychiatriques: perversité et perversions. Paris: Descleé et Brower; 1950.
- Ey H. Études psychiatriques: aspects séméiologiques. Paris: Descleé; 1989.
- Eysenck HJ. The scientific study of personality. London: Oxford Press; 1956.
- Eysenck HJ. Estudio científico de la personalidad. Buenos Aires: Paidós; 1967.
- Freud S. A etiologia da histeria. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. (Obras completas. Volume I).
- Garfinkel PE, Garner DM, Doldbloom DS. Eating disorders: implications for the 1990's. *Canad J Psychiat* 1987, 32:624-31.
- Goldberg S et al. Borderline and schizotypal disorders treated with low-dose thlothlxene vs placebo. *Psychiat Arch Genet* 1986, 43:680-6.
- Gunderson J. Personality disorders. In: Kaplan H, Sadock B. (Ed.). *Comprehensive testbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams, 1995.
- Jaspers K. *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1979.
- Jeammet Ph, Reynaud M, Consoli S. *Psicologia médica*. Rio de Janeiro: Masson, 1982.
- Kaplan HS. *A nova terapia do sexo*. São Paulo: Nova Fronteira; 1985.
- Kernberg OF. Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson; 1975.
- Klein F. Hysteroid dysphoria. In: Klein DF, Davis, JM. *Diagnostic of psychiatric disorders*. Baltimore: Wilkins; 1969.
- Klein DF, Davis JM. *Diagnosis and treatment of psychiatric disorders*. Baltimor: Wilkins; 1969.
- Klein DF. *Comunicação pessoal*. 1996.
- Kofoed L. Selective dimension of personality psychiatry and sociobiology in collision. *Persp Biol Med* 1988, 31(2):228-42.
- Kretschmer E. *Delírio sensitivo-paranoide: caracteriologia psiquiátrica*. Madrid: Labor; 1959.
- Kretschmer E. *Delirio sensitivo-paranoide*. Madrid: Labor; 1963.
- Kretschmer E. *Psicologia médica*. Barcelona: Labor; 1967.
- Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes; 1980.
- Livesley W. The DSM-IV personality disorders. New York: Willey Editors; 1995.
- Livesley WJ et al. Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorders. *Am J Psychiat* 1993, 150:1826-3.
- López-Ibor JJ. *Las neurosis como enfermedades del animo*. Madrid: Gredos; 1962.
- Markowitz P, Schultz C. Drug treatment of the personallty disporders. *Br J Psychiat* 1993, 162:122.

- Millon T. Disorders of personality: DSM-III axis II. New York: Wiley; 1981.
- Mutrux S. Les psychopathes: la psychopathie schizoïde. *Confrontations Psychiatriques* 1980, 15.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Paim, I. Tratado de clínica psiquiátrica. São Paulo: EPU; 1991.
- Park LC, Imboden JB. Giftedness and psychological abuse in borderline personality disorder: their relevance to genesis and treatment. *J Person Dis* 1992, 6:226-40.
- Phillips KA, Shea M, Hirschfield K. Depressive personality disorder: perspectives for DSM-IV. *J Personal Dis* 1993, 7:30.
- Pilowsky I. Illness behaviour and neuroses. *Cur Opin Psychiat* 1989, 2:217-24.
- Pilowsky I. Neuroses manifesting in physical symptoms. *Cur Opin Psychiat* 1990, 3:205- 10.
- Pilowsky I. Somatic symptoms and somatization. *Cur Opin Psychiatry* 1992, 5:213-8.
- Pretzer JL. Paranoid personality disorder: a cognitive view. *Intern Cognitive Ther Newsletter* 1988, 4:10-2.
- Rasmussen AS, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiat* 1988, 143:1127-9.
- Roux JM. Toxicomanies autres que l'alcoolisme. In: *Encyclopedie Medique Chirurgie Psychiatrie*. Paris; 1983. p.37936.
- Saghir M, Robins E. Male and female homosexuality: a comprehensive investigation. Baltimore: Williams & Wilkins; 1973.
- Salzman L. Obsessional personality. New York: Science House; 1968.
- Scadding JG. Diagnosis in psychiatry. *Psychol Med* 1990, 20:243-8.
- Scadding JG. Diagnosis: the clinician and the computer. *Lancet* 1967, 2:877-82.
- Schneider K. Las personalidades psicopáticas. Madrid: Aguilar; 1969.
- Schwartz MA, Wiggins OP, Norko MA. Prototypes, ideal types, and personality disorders: the return to classical phenomenology. In: Livesley WJ. *DSM-IV personality disorders*. New York: Guilford Press; 1995.
- Shapiro D. Neurosis styles. New York: Basic Books; 1965.
- Shea MT, Klein MH, Widiger T. Comorbidity of personality disorders and depression: implications for treatment. *J Consult Clin Psychol* 1992, 60:857-68.
- Siegelman M. Psychological adjustment of homosexual men. *Arch Sexual Behav* 1978, 7:1-12.
- Siever LM, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiat* 1991, 148:1647.

Simeon JG et al. Clinical, cognitive and neurophysiological effects of alprazolam in adolescents with anxious and avoidant disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1993, 31:29-33.

Soloff P et al. Paradoxical effects of amitriptyline in borderline patients. *Am J Psychiat* 1986, 143:1603-5.

Soloff PH. What's new in personality disorder? An update on pharmacologic treatment. *J Person Disor* 1990, 4:233-43.

Soloff P, Comelius J, George A. Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Arch Genet Psychiat* 1993, 50:377.

Stein G. Drug treatment of personality disorders. *Brit J Psychiat* 1992, 161:167-84, 1992.

Svaric M, Przybeck T, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven – factor model of temperament and character. *Arch Genet Psychiat* 1993, 50:991-9.

Svrakic M, Divac M. Personality disorders: model for a conceptual approach-part II. Proposed classification. *Am J Psychother* 1994, 48:562-80.

Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Genet Psychiat* 1989, 46:335-41.

Taylor S, Livesley W. The influence of personality on the clinical course of neurosis. *Cur Opin Psychiat* 1995, 8:93-7.

Thomas A, Chess S, Birch HG. The origin of personality. *Scientific American* 1970, 223:102-9.

Turkat I. The personality disorders: a psychological approach to clinical management. Elmsford: Pergamon Press; 1990.

Weitbrecht HJ. Manual de psiquiatria. Madrid: Gredos; 1968.

WHO - World Health Organization. Tenth revision of the international classification of mental, behavioral and developmental disorders. Geneva: WHO; 1990.

WHO. World Health Organization. The International Personality Disorder Examination (IPDE). Geneva: WHO; 1992.

Widiger T, Frances A. Transtornos da personalidade. In: Talbott. (Ed.). Tratado de psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Wise MG. Reações de ajustamento e do impulso. In: Talbott. (Ed.). Tratado de psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Wolff S. Schizoid personality. *J Child Psychol Psychiat* 1979, 20:19.